

Bachelorarbeit

Zuhause in einer anderen Kultur

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund in der Spitex

Autorin: **Deborah Janz, S14655583**

Departement: **Gesundheit**

Institut: **Institut für Pflege**

Studienjahr: **PF 14 Dipl. Pflege**

Eingereicht am: **15. 04. 2016**

Betreuende Lehrperson: **Barbara Preusse**

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	3
1. Einleitung	4
1.1 Relevanz	4
1.2 Fragestellung.....	6
1.3 Ziel.....	6
2. Begriffsdefinitionen und thematischer Hintergrund	6
2.1 Spitex	6
2.2 Migration.....	7
2.3 Thematische Verankerung	7
3. Methodisches Vorgehen	10
3.1 Literaturrecherche	10
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien	11
4. Ergebnisse	13
4.1 Analyse und Würdigung der Literatur.....	13
4.2 Zusammenfassung der Würdigung	14
4.3 Vier Kategorien von Resultaten.....	19
4.3.1 Sprachbarrieren und ihre Auswirkungen auf die Interaktion mit Fachpersonen.....	19
4.3.2 Transkulturelle Kompetenzen werden erwartet	21
4.3.3 Wichtigkeit des Einbezugs der Familie in die Pflege	23
4.3.4 Chancengleichheit im Zugang zum Gesundheitssystem.....	25
5. Diskussion.....	27
6. Praxistransfer	33
7. Schlussfolgerung	36
8. Limitationen.....	37
Literaturverzeichnis.....	38
Abbildungsverzeichnis	43
Tabellenverzeichnis	43

Danksagung.....	43
Eigenständigkeitserklärung.....	44
Wortzahl.....	44
Anhang.....	45
I. Recherche Strategie.....	45
II. Zusammenfassung und Würdigung der Studien mit AICA.....	50

Abstract

Ausgangslage: Pflegefachpersonen äussern ein Gefühl der Überforderung bei der Pflege von älteren Menschen mit Migrationshintergrund, da sie unsicher sind, was diese von professioneller Pflege im häuslichen Setting erwarten.

Ziel: Die Erwartungen und Bedürfnisse von älteren Menschen mit Migrationshintergrund an die professionelle Pflege im häuslichen Setting sollen eruiert werden. Daraus sollen mögliche Handlungsstrategien für die Praxis abgeleitet werden.

Methode: An die aktuelle Forschungsliteratur wurde eine Frage formuliert, welche eine systematisierte Recherche auf den Datenbanken Cinahl, Medline, Cochrane Library und PsycINFO leitete.

Die gefundenen Studien wurden auf ihre Güte hin beurteilt und gewürdigt.

Ergebnisse: Menschen mit Migrationshintergrund möchten, dass die Pflegenden ihre Biografie anhören und sie nicht als Mensch einer bestimmten Ethnie behandeln. Sie wollen teilhaben an ihrem Pflegeprozess. Dazu muss die Möglichkeit zur Kommunikation geschaffen werden. Die Familien der Menschen mit Migrationshintergrund wollen in die Pflege einbezogen werden.

Schlussfolgerung: Das Pflegepersonal soll für migrationsspezifische Themen sensibilisiert werden und eine Schulung in transkulturellen Kompetenzen erhalten. Die transkulturelle Pflegeanamnese soll mit einem familienzentrierten Ansatz unterstützt werden. Dies gibt allen Beteiligten des Pflegeprozesses die Möglichkeit, ihre Erwartungen und Bedürfnisse zu formulieren.

Keywords: Migrants or immigrants, elderly or old, Homecare, needs, expectations, experience, health care

1. Einleitung

Ende 2014 betrug der Ausländeranteil im Kanton Zürich gemäss dem statistischen Amt des Kanton Zürich (2014) 25.7% der Bevölkerung. Experten gehen davon aus, dass diese Zahl in den kommenden Jahren weiter steigen wird. Zudem wird die Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund zunehmen (Hungerbühler und Bisegger, 2012). Das Bundesamt für Statistik (BfS, 2015), sagt im Szenario zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045 eine rasante Zunahme der über 65-jährigen voraus. So soll die Zahl von 1,5 Millionen im Jahr 2015 auf 2,69 Millionen im Jahr 2045 ansteigen. Momentan sind nur gerade 8% der ausländischen Wohnbevölkerung 65-jährig oder älter, während dies für 21% der Schweizer Staatsangehörigen¹ der Fall ist (BfS, 2015). Diese Zahl wird sich in den nächsten Jahren deutlich verschieben. Auch die Spitex Zürich hat in ihrem Strategiebericht 2022 von Gebhardt und Keller (2014) erkannt, dass die Menschen mit Migrationshintergrund in der Stadt Zürich zunehmen werden. Deshalb haben sie das Ziel formuliert, die bedarfsgerechte Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund genauer zu definieren und neue Ansätze abzuleiten.

Die Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen und das Nationale Forum Alter und Migration (2013) halten fest, dass auf politischer Ebene bis anhin zu wenig auf die Anliegen der alternden Migrationsbevölkerung eingegangen wurde.

Die Menschen mit Migrationshintergrund stellen eine heterogene Bevölkerungsgruppe mit verschiedenen sozialen, kulturellen, sprachlichen sowie geographischen Hintergründen dar. Die unterschiedlichen Erfahrungen und Erwartungen, welche die Menschen mitbringen, haben Einfluss auf den Erhalt und Nutzen von professionellen Pflegeleistungen (Kalengayi, Hurtig, Ahlm und Ahlberg, 2012). Die Zunahme der Diversität der Patientinnen und Patienten stellt die Pflegenden vor Herausforderungen, da sie keine Routine und Erfahrungen mitbringen (Debesay, Harslof, Rechel und Vike, 2014).

1.1 Relevanz

Gemäss dem Schlussbericht zur Spitex Nutzung von Kohn, Tov, Hanetsender und Hungerbühler (2013) verlagert sich das Pflegeangebot immer mehr vom stationären

¹ Unter dem Begriff Schweizer Bevölkerung versteht die Autorin all jene Menschen, welche schon immer oder seit langem in der Schweiz leben sowie die regionale Landessprache beherrschen.

in das häusliche Setting. Ambulante Pflegeleistungen werden sowohl von Schweizerinnen und Schweizern wie auch von Menschen mit Migrationshintergrund bevorzugt. Einen Menschen in seinem Zuhause zu betreuen, bedeutet, in dessen Lebenswelt einzudringen, und stellt für Pflegefachpersonen eine besondere Herausforderung dar. In ihrem Berufsalltag begegnen die Pflegenden der Spitex diversen Lebensstilen mit verschiedenen Konzepten von Gesundheit und Krankheit. In den meisten anderen Settings im Gesundheitswesen ist der Patient der Gast in einer Institution. Im Fachgebiet der häuslichen Pflege ist die Pflegefachperson der Gast (Öresland, Määttä, Norberg, Jörgensen und Lützén, 2008). Die Intimität der Pflege zuhause wird bei Menschen mit anderem kulturellen und sprachlichen Hintergrund noch deutlicher. Die Sektion Migration und Gesundheit des Bundesamts für Gesundheit (2013) hält in ihrem Schlussbericht zum Thema „Pflegearrangement und Einstellung zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten“ fest, Pflegefachpersonen sagten, dass sie sich oft unvorbereitet mit Pflegesituationen konfrontiert sehen, welche bei ihnen Verunsicherung und Stress auslösen. Dies aufgrund von Sprachbarrieren und unterschiedlichen Normen und Werten. Zudem beschreiben sie, der Situation und den Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund infolge von Wissensdefiziten nicht gerecht zu werden. „Die Inanspruchnahme von familienexterner Hilfe (wie zum Beispiel Spitex) wird für alle Beteiligten als sehr belastend empfunden. Dies sowohl auf organisatorisch- praktischer Ebene, wie auch in Bezug auf Werte und Normen der Betroffenen sowie deren emotionalem Erleben“ (Kohn et al., 2013, S.6.). Diese Aussage widerspiegelt auch die Wahrnehmung und Erfahrung von Spitexpersonal in ihrem Berufsalltag. Es entstand der Eindruck, dass im Beziehungsaufbau und der Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund und der alternden Schweizer Bevölkerungsgruppe ein Unterschied besteht. Dies weil eine gegenseitige Unsicherheit spürbar ist und die Erwartungen nicht klar sind, die möglicherweise aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten nicht geklärt werden können. Das hat direkten Einfluss auf die Beziehungsgestaltung sowie auf die Planung und Qualität der Pflege.

Da grundsätzlich der Bedarf an professioneller Pflege mit zunehmendem Alter steigt, wird in der vorliegenden Arbeit der Fokus auf Menschen im Pensionsalter gelegt.

Aus der Motivation heraus, die Lebenswelt von älteren Menschen mit Migrationshintergrund besser verstehen zu wollen, entstand die folgende Frage an die Literatur.

1.2 Fragestellung

Was sagt die Literatur zu den Erfahrungen von älteren Menschen mit Migrationshintergrund bezüglich professioneller Pflege und welche Bedürfnisse haben sie im häuslichen Setting?

1.3 Ziel

Die Bearbeitung der oben formulierten Fragestellung hat zum Ziel, Grundlagen zum besseren Verständnis der Bedürfnisse von älteren Menschen mit Migrationshintergrund zu schaffen. Durch Erkenntnisse aus aktueller Literatur soll eine Sensibilisierung für migrationsspezifische Themen in der häuslichen Pflege erreicht werden. Zudem werden mögliche Implikationen von Handlungsstrategien für die Praxis abgeleitet.

Diese Arbeit soll als Basis dienen um Spitex spezifische Weiterbildungen oder Rahmenkonzepte zum Thema transkulturelle Pflege zu konzipieren.

2. Begriffsdefinitionen und thematischer Hintergrund

Um dem Leser einen Überblick zu verschaffen, werden im folgenden Kapitel die relevanten Begriffe definiert und der Kontext der Arbeit erläutert.

2.1 Spitex

Der Begriff Spitex meint die spitalexterne Pflege und Betreuung im häuslichen Setting. Dieser Begriff wird in der vorliegenden Arbeit synonym mit dem englischen Wort Homecare benutzt. Die Spitex bietet Hilfe und Pflege für all jene Menschen, die aufgrund von physischen oder psychischen Beeinträchtigungen Unterstützung benötigen. Der Anspruch auf Pflege zuhause wird von einem Arzt ausgestellt. Der Bedarf an Pflegeleistungen wird von einer speziell ausgebildeten Pflegefachperson eruiert. Sie führt zu Beginn des Pflegeprozesses ein Erstassessment durch und bestimmt zusammen mit dem Kunden die Pflegeziele.

Das Angebot von häuslicher Pflege unterteilt sich in vier Leistungskategorien, welche in der Tabelle 1 aufgelistet sind:

Tabelle 1

Spitex Leistungen

Abklärung, Beratung, Koordination
Behandlungspflege
Grundpflege
Hauswirtschaftliche Leistungen, Betreuung

Die ersten drei Arten von Leistungen sind gemäss der nationalen Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) kassenpflichtig. Hauswirtschaftliche Leistungen unterliegen jedoch nicht dem obligatorischen, schweizerischen Krankenversicherungsgesetz (Spitex Zürich, 2016).

2.2 Migration

Hausotter und Schouler- Ocak (2013, S.1) definieren Migration folgendermassen:

„Migration bedeutet die längerfristige oder dauerhafte Veränderung des räumlichen Wohnortes. Denn das lateinische Wort migrare bedeutet wandern oder wegziehen“.

Der Begriff Mensch mit Migrationshintergrund hat sich im täglichen Sprachgebrauch zunehmend etabliert. Dennoch gibt es keine einheitliche Definition. Das Bundesamt für Statistik (2015) sagt folgendes: „Mit Ausnahme der gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer mit mindestens einem in der Schweiz geborenen Elternteil zählt jede im Ausland geborene Person zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund der ersten Generation“.

2.3 Thematische Verankerung

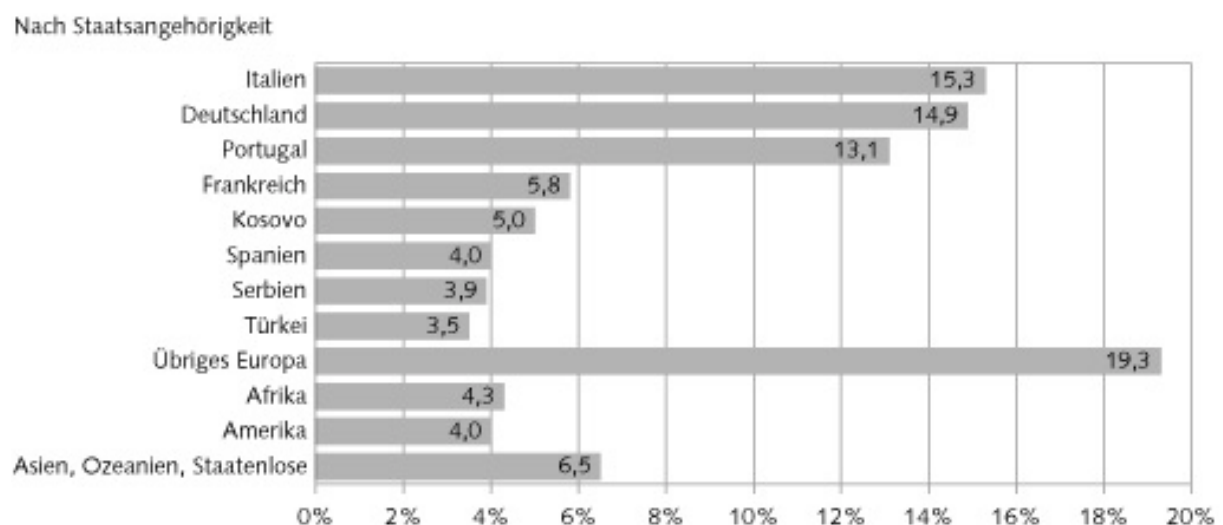
Die in der Schweiz lebende Migrationsbevölkerung ist sehr heterogen. Insbesondere was das Alter, die Umstände im Herkunftsland, die Kultur, die Aufenthaltsdauer, soziale Aspekte wie Bildung, Sprache und Finanzen sowie den Migrationsstatus betrifft (Saladin, 2009). Es gibt gemäss Domenig (2007) viele verschiedene Formen der Migration wie zum Beispiel die Arbeitsmigration, Familiennachzug oder illegaler Aufenthalt. Für die Menschen sind die Ursachen und Migrationserfahrungen prägend. Genauso wie auch die Integration und das mögliche Erleben von Diskriminierung in der Schweiz. Diese Faktoren beeinflussen die Gesundheit massgeblich. Hinzu kommt, dass sich mit zunehmendem Alter der

Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur alternden Schweizer Bevölkerung verschlechtert (Nationales Programm Migration und Gesundheit, 2013). Dies wird beeinflusst durch den oftmals tieferen sozialen Status (Bildungsstand und Einkommen). In einer gehobenen Einkommens- und Bildungsklasse befindet sich nur ein kleiner Anteil der Migrationsbevölkerung. Im Vergleich zur durchschnittlichen Bevölkerung ist gemäss dem Nationalen Programm Migration und Gesundheit (2013) die Mehrheit der Migrationsbevölkerung von Armut, Arbeitslosigkeit und gesundheitlichen Problemen betroffen.

Auch hat die Migration einen Einfluss auf die psychische Gesundheit und oft erleben die Menschen einen Mangel an sozialer Unterstützung (BfS, 2014).

Die folgende Darstellung zeigt den prozentualen Anteil der in der Schweiz lebenden Migrationsbevölkerung nach verschiedenen Herkunftstaaten auf.

Ständige ausländische Wohnbevölkerung, am 31. Dezember 2014



Quelle: BFS – STATPOP

© BFS, Neuchâtel 2015

Abbildung 1. Ständige ausländische Wohnbevölkerung (BfS, 2016)

Für die professionelle Pflege scheinen der Grad der Integration sowie die Sprachkenntnisse eine relevante Bedeutung zu haben. Domenig (2007, S.166) sagt, dass Schwierigkeiten in der Pflege dort in Erscheinung treten, wo die Kommunikation eingeschränkt ist. So wird die Fähigkeit, die Landessprache zu beherrschen, oft mit Integration gleichgesetzt. Somit tritt das Bedürfnis und die Forderung nach migrationsspezifischen Kompetenzen in der Pflege dort auf, wo Sprachbarrieren

vorhanden sind. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2015) gibt an, dass in der Schweiz über 200'000 Menschen leben die weder eine der Landessprachen noch Englisch sprechen. Hinzu kommen all jene, deren Sprachkenntnisse nicht ausreichen, um komplexe Zusammenhänge wie Aspekte der Gesundheit und Krankheit zu verstehen.

Das Nationale Programm Migration und Gesundheit (2013) strebt an, dass transkulturelle Kompetenzen in den Curricula der schweizerischen Pflegeausbildungen Standard werden. Um Menschen mit Migrationshintergrund professionell pflegen und betreuen zu können, hat Dagmar Domenig ein Konzept erstellt, welches die transkulturellen Kompetenzen beschreibt. Ihre Erkenntnisse finden in der Schweiz verbreitet Verwendung und werden vom BAG als Grundlage empfohlen (Saladin, 2009). Im folgenden Abschnitt werden die zentralen transkulturellen Kompetenzen kurz zusammengefasst.

Die Grundlagen zum Konzept der transkulturellen Kompetenz lieferte Madeleine Leininger, welche in den 1950er Jahren „Transkulturelle Pflege“ als neues Fachgebiet in der Pflegewissenschaft entwickelte. Leiningers Theorie stellte das Individuum ins Zentrum, was jedoch die Familie des Patienten ausschloss. Sie legte den Fokus ihrer Forschung auf die unterschiedlichen Kulturen². Das Konzept von Leininger erfuhr auch einige Kritik, nämlich, dass die Reduktion von Menschen auf ihre Kultur zu stereotypen Handlungsweisen führen kann (Domenig, 2007; Von Bose und Terpstra, 2012).

Domenig (2007, S. 174) beschreibt in ihrem Buch die transkulturelle Kompetenz als „kompetente Interaktionsfähigkeit im Migrationskontext“. Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechend angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten“. Die Fähigkeit stützt sich dabei auf drei Säulen: Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Erfahrung sowie die narrative Empathie. In dem sich Pflegefachpersonen selber reflektieren und ihre eigene Lebenswelt analysieren, sind sie erst in der Lage, die Lebenswelt von Menschen mit

² Begriff Kultur ist sehr komplex und es gibt keine einheitliche Definition. Kultur ist ein sich immer weiter entwickelndes System, in dem Menschen leben, welches jedoch weder statisch noch definierbar ist (Von Bose und Terpstra, 2012)

Migrationshintergrund besser einzuordnen. Dabei müssen sie ihre eigene Haltung und Werte immer wieder überprüfen. Daraus resultiert eine Sensibilisierung für transkulturelle Aspekte. Indem sie praktische Erfahrungen machen, erlangen sie das nötige Hintergrundwissen. „Die narrative Empathie betont zudem eine wertschätzende, respektvolle Haltung gegenüber den Menschen mit Migrationshintergrund, die eigene Vorurteile, Rassismen und diskriminierende Handlungen reflektiert“ (Domenig, 2007, S. 174). Transkulturalität stellt nicht die Kultur ins Zentrum. Entscheidend ist die Interaktion zwischen den Menschen mit Migrationshintergrund und den Pflegenden. Nicht nur Unterschiede, sondern die Gemeinsamkeiten gilt es zu entdecken. Durch gegenseitiges Verstehen kann Abgrenzung und Ausgrenzung verhindert werden. „Transkulturelle Inkompetenz ist nicht per se rassistisch, sondern kann auf fehlendem Wissen oder Unsicherheit beruhen“ (Domenig, 2007, S.187).

3. Methodisches Vorgehen

Um die zu Beginn gestellte Frage an die Literatur beantworten zu können, wurde eine systematisierte Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken durchgeführt.

3.1 Literaturrecherche

Auf den Datenbanken Cinahl, Medline, Cochrane Library und PsycINFO wurde anhand der unten aufgeführten Keywords nach Studien und Artikel recherchiert. Weiter wurde per Handsuche nach Studien gesucht, welche für das Thema relevant sind. Die Keywords wurden so gewählt, dass sie das Setting, die Population und das Phänomen der Fragestellung einschlossen. Die Wörter wurden auf den Datenbanken mit den Booleschen Operatoren AND, OR oder NOT in diversen Kombinationen verbunden, um die Suche einzuschränken oder zu erweitern.

Die Titel der Studien wurden gelesen. Waren diese sowie das Abstract relevant für das Thema, wurde die Studie gespeichert. In einem weiteren Schritt wurde dann der Volltext gelesen und je nach Inhalt des Artikels ein- oder ausgeschlossen.

Im Anhang auf Seite 45 ist ein Protokoll der Literaturrecherche zu finden.

Folgende Keywords werden zu Recherchezwecken verwendet:

Tabelle 2

Keywords

	Deutsch	Englisch
Population	Migranten Migration Menschen mit Migrations- hintergrund Alter, ältere Geriatric	Migrant or immigrant patient Culturally diverse population Ethnic minority Ethnic groups Diverse community Age, older, elderly, elder, geriatric Community dwelling
Phänomen	Erfahrungen Bedürfnisse Erwartungen Herausforderungen Hindernisse Trans/- Interkulturelle Pflege	Experience Expectations Lived experience Perception Client perception Needs Barriers Challenges Cultural competence Cultural competent care Transcultural care Cross- cultural care Minority elderly care
Setting	Spitex Ambulante Pflege Häusliche Pflege	Homecare Health care Community health care Community nursing In- home care Home health care Community based Community nursing Community care

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Der Hauptfokus dieser Arbeit wurde auf Menschen ab 65 Jahren mit Migrationshintergrund gelegt. Diese sollen unabhängig von ihrem ursprünglichen Kulturkreis als heterogene Gruppe betrachtet werden. Das Setting soll bewusst die häusliche Pflege beleuchten, da Menschen Zuhause andere Bedürfnisse und Erwartungen an die professionelle Pflege stellen. Somit wurden spezifische, stationäre Settings wie Pflegeheim, Akutspital oder Mutter-Kind Institutionen ausgeschlossen.

Da das qualitative Erleben der Patienten in Bezug auf die Erfahrungen und Bedürfnisse untersucht werden soll, wurden quantitative Studien ausgeschlossen.

Jüngere Menschen und Kinder wurden aufgrund der gewählten Population nicht berücksichtigt. Studien, welche die Bedürfnisse von Pflegefachpersonen im Bezug auf das Thema erforschen, wurden nicht eingeschlossen.

Da eine erste Grobrecherche von Fachliteratur nur wenige Ergebnisse lieferte, wurde keine Zeitlimitierung der Publikationen gesetzt. Einige Literatur wurde zu den Themen Demenz, onkologische Erkrankungen und Palliative Care im häuslichen Setting gefunden. Diese Studien beleuchteten die Unterschiede der verschiedenen Ethnien in Bezug auf das Sterben. Aufgrund der beschränkten Wortzahl dieser Arbeit wurde das Thema jedoch nicht bearbeitet.

Das unten abgebildete Flussdiagramm zeigt die Literaturrecherche auf.

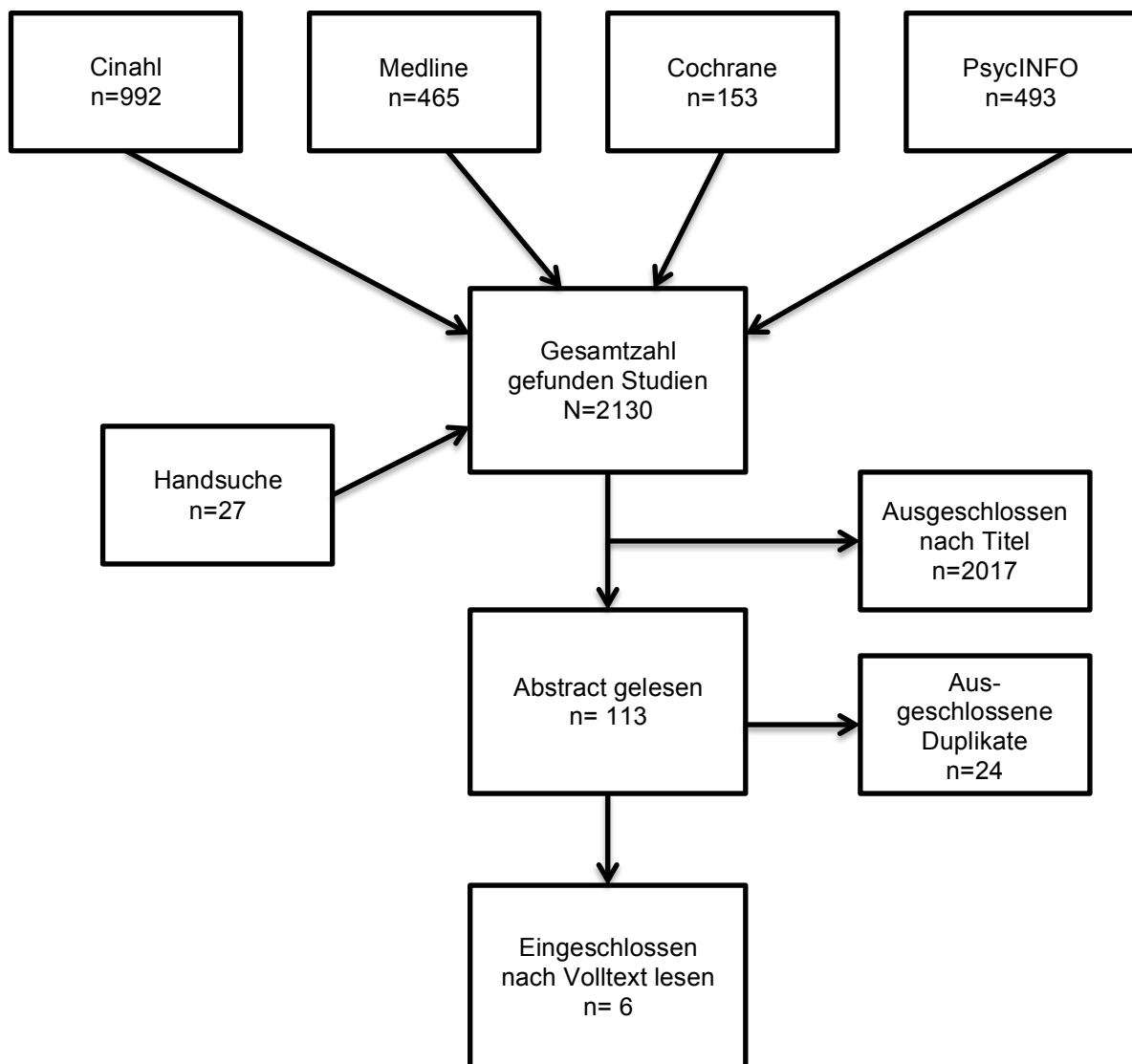


Abbildung 3. Flussdiagramm Recherche

4. Ergebnisse

Die von Oktober bis Dezember 2015 durchgeführte Literaturrecherche ergab sechs qualitative Studien. Alle sind in englischer Sprache verfasst und stammen aus den Jahren 2008 -2015. Keine der gewählten Studien war im Schweizer oder deutschsprachigen Kulturraum angesiedelt. Die Forschungen wurden in Holland, England, Australien sowie in verschiedenen skandinavischen Ländern durchgeführt. Die systematisierte Recherche in den Datenbanken zeigte, dass zum Thema der Fragestellung bis anhin wenig geforscht wurde. Es wurden keine Studien gefunden die explizit die Pflege Zuhause untersuchten. Daher wurde Literatur inkludiert, welche das Thema nach den Bedürfnissen von älteren Menschen mit Migrationshintergrund öffnete und sich auf generelle Erfahrungen mit professioneller Pflege bezog. Die Teilnehmenden lebten aber im häuslichen Setting. Zudem wurden auch Studien berücksichtigt, welche andere Berufsgruppen einschlossen, die Pflege und Unterstützung zu Hause anbieten.

Da die Datenbankrecherche wenig passende Artikel ergab, wurden Literaturangaben von Studien per Handsuche im Internet weiterverfolgt.

Die Einschätzung des „jungen Forschungsstandes“ bestätigten auch die Autoren der Artikel. So wurden die Studien teilweise gegenseitig zitiert. Dem qualitativen Erleben und den Bedürfnissen von älteren Menschen mit Migrationshintergrund wird in der aktuellen Forschung bis anhin nur geringe Beachtung geschenkt.

4.1 Analyse und Würdigung der Literatur

Die Zusammenfassung und kritische Würdigung der sechs ausgewählten Studien wurde anhand des Einleitungs-, Methode-, Ergebnis-, Diskussions- Formats (EMED) basierend auf LoBiondo-Wood und Haber (2005) durchgeführt. Das Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) von Ris und Preusse-Bleuler (2015) diente dabei als Raster. Die qualitativen Studien wurden nach den Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985) beurteilt. Diese werden mit dem Oberbegriff Vertrauenswürdigkeit (trustworthiness) zusammengefasst und beinhalten Bestätigung (confirmability), Zuverlässigkeit (dependability), Glaubwürdigkeit (credibility) sowie die Übertragbarkeit (transferability).

Das Evidenzlevel der gewürdigten Studien wurde anhand der 6S Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009) eingeschätzt.

Eine ausführliche Zusammenfassung und Würdigung der einzelnen Studien ist dem Anhang auf Seite 50 zu entnehmen.

4.2 Zusammenfassung der Würdigung

Alle eingeschlossenen Studien verwendeten ein qualitatives Forschungsdesign. Dieser Ansatz eignet sich besonders, um Wissenslücken im Bereich des Erlebens eines Phänomens zu schliessen. Daher stimmte das methodische Vorgehen mit dem Forschungsdesign überein und der Ansatz ist logisch gewählt, um das Forschungsziel zu erreichen. Die verschiedenen Schritte des Forschungsprozesses wurden in allen Studien nachvollziehbar erläutert. Die von den Autoren gebildeten Kategorien und Ergebnisse wurden in allen Studien mit transkribierten Zitaten der Interviews untermauert. Positiv zu bewerten ist, dass für alle Studien eine Bewilligung der nationalen Ethikkommission vorlag. Kritisch zu beurteilen ist hingegen, dass in mehreren Studien nicht professionelle Dolmetschende einbezogen und bei Thyli, Hedelin und Athlin (2014) gar Familienangehörige zum Übersetzen der Interviews eingesetzt wurden. Die mögliche Beeinflussung der Daten, welche der Einbezug von Übersetzern und Angehörigen mit sich bringen kann, wird von den Autoren erörtert. Weiter ist zu erwähnen, dass die Autoren, wenn sie von älteren Menschen mit Migrationshintergrund sprachen, davon ausgingen, dass diese einen niedrigen Bildungsstand haben. Die Schulbildung der Teilnehmenden wurde nur in der Studie von Hurley, Panagiotopoulos, Tsianikas, Newman und Walker (2013) dargestellt. Zusammenfassend konnten aber alle eingeschlossenen Studien als vertrauenswürdig eingestuft werden.

Die Evidenz wurde bei allen Studien dem untersten Level der untenstehenden 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) zugeordnet. Dies entspricht primär datenbasierten Studien, welche in einem Journal veröffentlicht wurden.

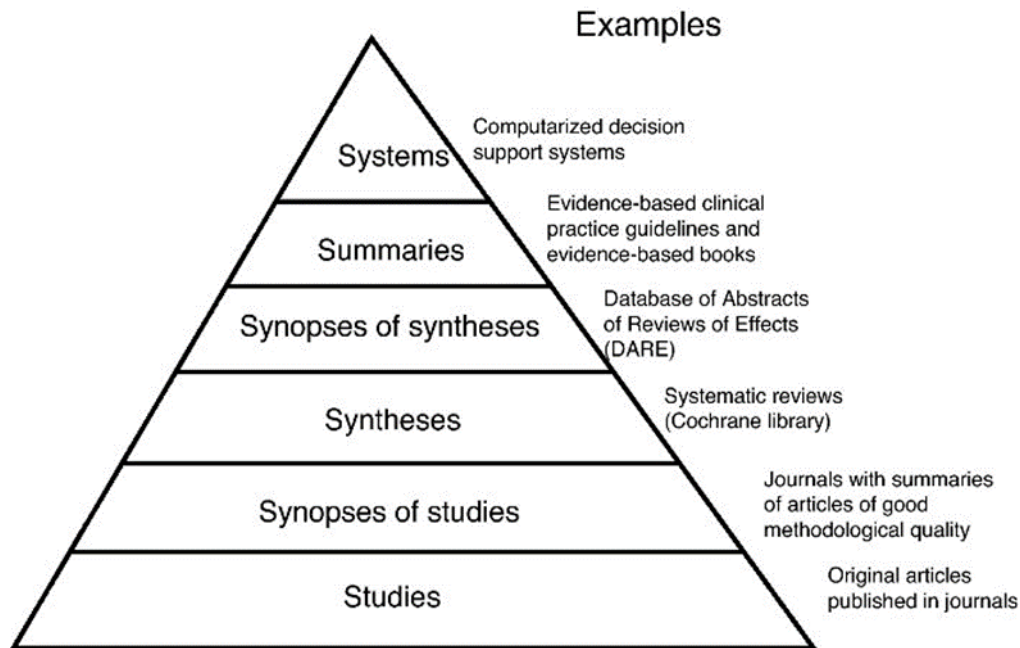


Abbildung 4. 6-S-Evidenzpyramide nach DiCenso et al. (2009)

Die unten aufgeführte Tabelle 3 bietet eine Übersicht über die eingeschlossenen Studien. Das Ziel und Design der Studie inklusive Population wird kurz erläutert. Die Güte der Studien nach Lincoln et al. (1985) wird in positiven und negativen Punkten aufgelistet. Das Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009) ist ebenfalls der Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 3

Übersicht Studien

Titel, Autor, Land & Jahr	Ziel	Design & Methode	Population & Alter	Güte nach Lincoln und Guba	Evidenz-level
Giuntoli, G. & Cattani, M. (2012) The experiences and expectations of care and support among older migrants in the UK	Ziel der Studie war, die Unterschiede von Menschen mit Migrationshintergrund und der nationalen Mehrheit in Bezug auf den Zugang und die Akzeptanz von Pflege und Unterstützungs-Diensten zu untersuchen.	Qualitativ systematischer, narrativer Ansatz	n= 134 ältere Menschen & 33 Betreuer Alter: 25-90 8 verschiedene Ethnische Gruppen	+ Der Prozess der Analyse, Synthese sowie die Kodierung der Daten wird ausführlich und nachvollziehbar erläutert. +/- Die interne Validität der Studie wurde zum Teil durch den zweiten Autor überprüft. + Ein Austausch über Diskrepanzen bei der Kodierung der Daten wird beschrieben. + Dank Triangulation der Datenerhebung wurde die Glaubwürdigkeit der Studie erhöht. +/- Es wird nur wenig weitere Literatur verwendet, um die Resultate zu diskutieren. Die Ergebnisse wurden jedoch kritisch besprochen. + Sorgfältiger Umgang mit den Schwierigkeiten, die eine Übersetzung mit sich bringen konnte. + Eine Bewilligung einer Ethikkommission lag vor.	6
Hurley, C., Panagiotopoulos, G., Tsianikas, M., Newman, L. & Walker, R. (2013) Access and acceptability of community based services for older Greek migrants in Australia: user and provider perspectives	Die Studie versucht die Forschungslücke in Bezug auf Zugang und Akzeptanz zu schliessen, indem sie die Sichtweise von älteren Griechen und Dienstleistungserbringer n untersucht.	Qualitatives Design	n=22 ältere Griechen Durchschnittsalter 79 Jahre 7 Männer 15 Frauen 22 Dienstleister	+ Die Forscher sprachen die Sprache der Interviewten. + Die Übersetzung der Daten wurde durch eine zweite Person überprüft. +/- Angehörige waren bei den Interviews anwesend. Deren Rolle wurde jedoch nicht genau beschrieben. + Die analytischen Schritte werden beschrieben und die Resultate durch Zitate gestützt. - es wird nur wenig auf die Rolle der Forscher und ihre Haltung eingegangen. + Eine Bewilligung durch die Ethikkommission lag vor. + Der unterschiedliche Bildungsstand der Teilnehmer wird berücksichtigt und in einer Tabelle dargestellt. + Die Autoren unterstützen die Übertragung der Daten auf eine andere Population.	6

Hovde, B., Hallberg, I.R. & Edberg, A. (2008)	Die Studie beleuchtet die Erfahrungen und Lebenssituationen von älteren Menschen mit Migrationshintergrund im Zusammenhang mit dem Empfangen von staatlichen Leistungen von Gesundheitsdiensten	Deskriptives, qualitatives Studiendesign	n=16 Immigranten nicht nordischen Ursprungs. Älter als 65 aus 9 verschiedenen Ländern, welche ständig Pflege erhalten	<ul style="list-style-type: none"> + Eine Bewilligung der Ethikkommission wurde eingeholt. + Die Datenanalyse wird detailliert dargestellt und mit Referenzen belegt. + Der erste und der letzte Autor nahmen unabhängig voneinander die Kodierungen vor, anschliessend verglichen sie ihre Analysen. + Die Ergebnisse werden mit Zitaten der Teilnehmenden untermauert. - Negativ zu erwähnen ist, dass Angehörige als Übersetzende eingesetzt wurden. Dies gefährdet die Neutralität der Aussagen und Interpretationen. - Zum Teil wurden Pflegende als Übersetzende beigezogen, was zu ungenauen oder verzerrten Aussagen geführt haben kann. + Die Autoren erwähnen die Probleme, welche die Kommunikationshürden mit sich bringen konnten. 	6
Brämberg, E. B., Nystöm, M. & Dahlberg, K (2010)	Die Erfahrungen von Frauen mit Migrationshintergrund als Patientin im schwedischen Gesundheitssystem. Erforschung von Hindernissen und Möglichkeiten im involviert sein in die eigene Pflege.	Phänomeno-logischer Ansatz	n=8 Frauen im Alter zwischen 54 und 89 aus Osteuropa und der Region des mittleren Osten	<ul style="list-style-type: none"> + Die Bewilligung einer Ethikkommission lag vor. + Die Forschenden zeigen ihre Überlegungen auf und begründen die Wahl des Designs, der Methode und des Analyseverfahrens. + Die Datenanalyse wird als zuverlässig bewertet. + Die Lücken in den Daten, welche durch die Übersetzung der Interviews entstanden sein könnten, wurden thematisiert. + Die Limitationen der Studie werden aufgezeigt. - Die Übertragbarkeit auf das andere Geschlecht ist fraglich, da keine Männer an der Studie teilnahmen. 	6
Schweden					

Thyli, B., Hendelin, B. & Athlin, E. (2014)	Ziel der Studie war, die Erfahrungen von älteren Menschen aus ethnischen Minderheiten, welche in Norwegen alt geworden sind, in Bezug auf Gesundheit und Pflege zu untersuchen.	Exploratives, deskriptives Design mit einem grounded theory Ansatz	n= 9 Menschen mit verschiedenen ethnischen Hintergründen im Alter von 63 bis 83. 7 Frauen und 2 Männer	<ul style="list-style-type: none"> + Alle Schritte des Forschungsprozesses nachvollziehbar aufgeführt. + Bewilligung einer Ethikkommission wurde eingeholt. - Übertragbarkeit der Daten ist in Frage gestellt, da eine heterogene Teilnehmergruppe befragt wurde. + Die Aussagen der Interviews wurden mit Zitaten untermauert. - Die Interviews wurden in einer Sprache durchgeführt, die die Teilnehmenden nicht fließend sprachen, was zu Missverständnissen oder falschen Aussagen führen kann. -/+ Angehörige waren bei den Interviews zum Übersetzen anwesend. Dies half dem besseren Verständnis der Fragen, könnte aber auch die Antworten beeinflusst haben. 	6
Suurmond, J., Rosenmöller, D.L., El Mesabahi, H., Lamkaddem, M. & Essink-Bot, M-L. (2015)	Das Ziel der Studie war, mehr Verständnis für die Sichtweise von älteren Menschen mit Migrations-hintergrund in Bezug auf den Zugang zu Homecare Diensten in den Niederlanden zu erhalten. Welche sind die beeinflussenden Faktoren für die Bereitschaft Homecare Dienste zu nutzen. Die Meinungen bezüglich Homecare Diensten sollen beforscht werden.	Qualitatives Design	n= 50 Frauen und Männer ab 50 Jahren aus Marokko, Surinam, Holland und der Türkei.	<ul style="list-style-type: none"> + Das Forschungsdesign ist logisch gewählt, um die Forschungsfrage zu beantworten. + Die Übersetzer und der erste Autor diskutierten die Interviews, um mögliche Missverständnisse auszuschliessen. + Die Resultate werden mittels Zitaten untermauert. + Die Ergebnisse werden erklärt und mit Literatur in Beziehung gestellt. + Die Empfehlungen für Praxisimplikationen sind Konkret und ausführlich beschrieben. + Die Autoren gehen davon aus, dass die Ergebnisse auf andere Länder und Settings übertragen werden können. + Die ethischen Richtlinien wurden eingehalten. 	6

4.3 Vier Kategorien von Resultaten

Nachdem die Studien als passend und vertrauenswürdig beurteilt worden waren, wurden sie weiterverarbeitet. Die ursprünglichen Resultate der einzelnen Artikel wurden getrennt. Anschliessend wurden die Zitate der Interviewten zu Themenblöcken geordnet, woraus sich vier Themenschwerpunkte herauskristallisierten. Diesen wurden Titel gegeben, welche auf den Kern der Aussagen schliessen lassen. Im Folgenden werden die einzelnen Kategorien mit den Aussagen aus den Studien erläutert.

4.3.1 Sprachbarrieren und ihre Auswirkungen auf die Interaktion mit Fachpersonen

Die erste Kategorie bezieht sich auf die Sprachbarrieren und deren Auswirkungen auf die Interaktion mit dem Pflegepersonal. Die Teilnehmenden aller sechs eingeschlossenen Studien beschrieben die eingeschränkten Sprachkenntnisse als Hauptschwierigkeit im Austausch mit Pflegefachpersonen. Kommunikation ist in der Pflege der Schlüssel zur Interaktion. Ohne die Möglichkeit, Bedürfnisse und gegenseitige Erwartungen adäquat klären zu können, ist es kaum möglich, den Pflegeprozess professionell zu gestalten. Daher war die Kommunikation auch in allen Studien ein zentraler Aspekt.

Die geringe Fähigkeit, die jeweilige Landessprache zu sprechen, wird von den Studienteilnehmenden als grosses Hindernis und Hauptproblem bei der Interaktion mit anderen Menschen beschrieben (Thyli et al., 2014; Hurley et al., 2013; Hovde, Hallberg und Edberg, 2008). Sie äusserten das Gefühl, dass ihre schlechten Sprachkenntnisse sie vulnerabel machten (Hurley et al., 2013). Als Grund für die mangelnden Sprachkenntnisse beschrieben die Teilnehmenden der Studie von Hovde et al. (2008), dass sie vor allem mit Menschen aus ihrem Ursprungsland in Kontakt waren.

Die eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit der Menschen mit Migrationshintergrund hat grosse Auswirkungen in der Interaktion mit dem Personal des Gesundheitswesens. Suurmond, Rosenmöller, El Mesabahi, Lamkaddem und Essink-Bot (2015) machen deutlich, dass aufgrund der Sprachschwierigkeiten die Unfähigkeit entsteht, sich in den Pflegeprozess miteinzubringen. Auch Brämberg,

Nyström und Dahlberg (2010) bestätigen diese Aussagen, indem sie betonen, dass Sprachbarrieren überwunden werden müssen, um an der Pflege teilhaben zu können. Ausgeschlossen zu sein von der Möglichkeit zu verstehen und sich selber auszudrücken bedeutet auch, nicht involviert zu sein in den Genesungsprozess. Dies ist insbesondere problematisch, wenn niemand zwischen den Patienten und den Pflegepersonen vermitteln kann (Brämberg et al., 2010).

Für ältere Menschen mit Migrationshintergrund, welche der Landessprache nicht mächtig waren, war der Zugang zu Dolmetscherdiensten wichtig für eine effiziente Kommunikation (Giuntoli und Cattani, 2012). Mit der Anwesenheit einer Übersetzungsperson war es für die Teilnehmenden möglich, ihre Bedürfnisse und Gefühle auszudrücken (Brämberg et al., 2010).

Viele ältere Menschen waren gegenüber offiziellen Übersetzungsdiensten jedoch abgeneigt und wollten, dass ihre Familienmitglieder bei allen Terminen übersetzten (Hurely et al., 2013). Sie erwähnen weiter, dass es für die Kinder eine wichtige und gängige Rolle war für ihre Eltern einzustehen und zu übersetzen. Dies birgt jedoch auch die Gefahr, dass das Gesundheitspersonal konstant zum jüngeren Familienmitglied spricht (Thyli et al., 2014).

Die Teilnehmenden der Studie von Brämberg et al. (2010) beschreiben eindrücklich, dass sie sich damit abgefunden haben, nicht zu verstehen, wovon das Pflegepersonal spricht. Sie verlangten nicht nach komplettem Verständnis, sondern akzeptierten die inadäquate Kommunikation.

Giuntoli et al. (2012) heben einen weiteren Aspekt hervor, welcher die Kommunikation betrifft. Das Bedürfnis nach mehr Zeit, um Informationen verarbeiten zu können. Dies trifft insbesondere in der direkten Kommunikation zu - beispielsweise während eines Assessments. Die Interviewten der Studie empfehlen den Dienstleistenden, dass sie den älteren Menschen mehr Zeit lassen, die Informationen aufzunehmen, um diese mit den Angehörigen zu teilen. Weiter beschreiben die älteren Menschen das Bedürfnis, nach einer fortwährenden Kommunikation zwischen allen Beteiligten; also der Fachperson, den Patienten sowie deren Betreuern. Dies vor allem, um individuelle Vorlieben, Bedürfnisse und Ansprüche zu klären.

4.3.2 Transkulturelle Kompetenzen werden erwartet

Eine weitere wichtige Kategorie ergab sich aus den Aussagen, welche als Erwartungen an die professionelle, transkulturelle Pflege interpretiert werden konnten.

Gründe, sich aus kulturellen Aspekten nur auf die Familie und nicht auf Hilfe des Gesundheitssystems zu verlassen, sind Sprachschwierigkeiten sowie die Erfahrungen von Zeitmangel seitens der Pflegefachpersonen (Thyli et al., 2014). Brämberg et al. (2010) beschreiben, dass die älteren Menschen mit Migrationshintergrund auf die Fähigkeiten der Pflegenden, die Sprachhürden zu umgehen und sie in die Pflege miteinzubeziehen, angewiesen sind. Unter diesen Umständen Patient zu sein, bedeutet eine grosse Abhängigkeit vom Pflegepersonal. Das Gefühl, nicht Teil der Pflegebeziehung zu sein, beleidigt die Patienten. Hurely et al. (2013) sagen gar, dass die Teilnehmenden das Gefühl hatten, vom Personal ausgenutzt zu werden, da sie nicht in der Lage waren, mittels Kommunikation zu verhandeln. Die älteren Menschen mit Migrationshintergrund hatten das Bedürfnis, ihre Geschichten zu erzählen. Es nahmen sich jedoch nur wenige Pflegende die Zeit zuzuhören (Hovde et al., 2008).

Die Integration ihrer Biografie in die Pflege erachteten die Teilnehmenden als wichtig. Sie schienen ein grosses Bedürfnis zu haben, diese zu erzählen und zu erklären, weshalb sie ihr Land hatten verlassen müssen. Ihre Geschichten beinhalteten die Flucht vor Krieg mit gefährlichen Bootsfahrten, das Verstecken in Wagons oder Kellern oder Diskriminierung aufgrund ihrer Religion oder Nationalität (Hovde et al., 2008). Die Studienteilnehmenden von Thyli et al. (2014) und Hovde et al. (2008) berichteten von grossen Verlusten, welche die Migration mit sich brachte. So gingen Beziehungen, Eigentum und ganze Kulturen verloren. Nicht mehr im gewohnten Umfeld leben zu können, wurde als schwierig beschrieben. Es wurde betont, dass die Migration aus uneigennützigen Gründen geschah, nämlich für die Kinder und Enkelkinder. Aus ihren Geschichten resultierte ein Verlust von Hoffnung für die Zukunft. Zum Beispiel wurde der Traum, die Familie wieder zu vereinen durch Regulierungen der Migration durch den Staat verhindert (Hovde et al. 2008).

Mehrere Interviewte der Studie Giuntoli et al. (2012) hoben hervor, dass sie zuerst Vertrauen in ihr Pflegepersonal aufbauen mussten, bevor sie ihnen Aufgaben übergeben konnten, welche ihre Lebensqualität verbesserte.

Vertrauen braucht Zeit, um sich entwickeln zu können. Auch waren sie einer Vielzahl von verschiedenen Pflegepersonen ausgesetzt (Hovde et al., 2008).

Das Beseitigen von Sprachbarrieren ist meist der erste Schritt zur Vertrauensbildung und zu einem besseren Verständnis zwischen den älteren Menschen mit Migrationshintergrund und den Dienstleistenden (Giuntoli et al., 2012). Beständigkeit des betreuenden Personals, sowie Informationen zu den Zeiten und der Identität der jeweiligen Pflegeperson förderte das Bilden von Vertrauen (Hovde et al., 2008).

Die Interviewten von Brämberg et al. (2010) äussern die Wichtigkeit, als Person verstanden und nicht als Bestandteil einer homogenen Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund angesehen zu werden. Weiter sagen sie, dass die Pflegenden trainiert werden müssen, die Patienten nicht als Menschen ohne eigene Geschichte zu betrachten. Dies zeigte sich vor allem in Situationen wo keine übersetzende Person anwesend war, was bedeutete, dass sie nur wenig Möglichkeiten hatten, ihre Symptome und Bedürfnisse auszudrücken.

Brämberg et al. (2010) beschreiben, dass die Teilnehmerinnen ihrer Studie den Mangel an Einfluss und Einbezug in die eigene Pflege aus verschiedenen Gründen akzeptierten. Aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten wurden die Patientinnen auch nicht aufgefordert sich aktiv an der Pflegebeziehung zu beteiligen, sondern nahmen alles so an, wie es ihnen geboten wurde. Die Frauen in der Studie wussten, dass die Pflegenden noch viele andere Patienten besuchen mussten und folgten demnach den Entscheidungen des Personals. Die Interviewten gingen davon aus, dass die Pflegenden ihr Bestes geben sowie genug Wissen und Hingabe haben, um gute Arbeit zu leisten. Probleme ergaben sich erst, wenn die beiden Parteien unterschiedlicher Meinung waren. Unsicherheiten entstanden, wenn die Patienten im Konflikt mit ihren eigenen Vorstellungen waren, jedoch den Einschätzungen und Entscheidungen der Pflegenden folgten.

Die Interviewten der Studie Thyli et al. (2014) fanden, dass Pflegefachpersonen zu wenig Verständnis und Wissen über die Ursprungskultur hatten. Sie erwarteten von

den Pflegenden, dass sie höflich, respektvoll und gewillt sein sollten, zu zuhören, um die Lebensgeschichten und Konsequenzen der Migration zu verstehen.

In der Studie von Suurmond et al. (2015) sagten die Interviewten, dass sie anstelle von holländischen Pflegenden, Pflegende ihrer Muttersprache bevorzugten. Dies ist jedoch nicht Standard in den holländischen Homecare Organisationen.

Pakistanische und Bangladeschische Studienteilnehmende von Giuntoli et al. (2012) betonten die Wichtigkeit ihrer Identität als Muslime. Es ist von Bedeutung, dass die Pflegenden die Praktiken und das Verhalten in Bezug auf die Ausübung ihrer Religion anerkennen. Dies schliesst zum Beispiel halal Essen oder gleichgeschlechtliche Pflegepersonen mit ein. Menschen aus der Karibik wiederum betonten die Wichtigkeit von Hygiene in ihrer Kultur.

Die Mehrheit der Befragten, welche bereits die Dienste nutzten, war damit zufrieden (Hurely et al., 2013).

Einige Teilnehmende berichteten auch von negativen Erfahrungen beim Erhalt von Pflege im häuslichen Setting. In Giuntoli et al. (2012) die Wahrnehmung von geringer Professionalität und ethischem Handeln genannt. Es wird ein Mangel an Respekt erwähnt, welche einige Pflegefachpersonen zeigten, indem sie in die Wohnungen kamen ohne die Schuhe auszuziehen. Auch äusserten die Interviewten Bedenken über ihre persönliche Sicherheit. Sie machten sich Sorgen, eventuell betrogen oder bestohlen zu werden, wenn sie von fremden Menschen besucht wurden.

In der Studie von Hovde et al. (2008) wurde das Personal als nett und freundlich angesehen. Es wurden aber auch Bedenken geäussert, dass die Dinge nicht so ausgeführt wurden, wie sie es sich gewohnt waren. Ihre Erfahrung mit dem hohen Pflegestandard und den Dienstleistungen stehen im Kontrast zu den Situationen in ihrem Heimatland. Dort gilt die Pflege als ungenügend und generell gehören schlechte Bedingungen zur Normalität (Hovde et al., 2008).

4.3.3 Wichtigkeit des Einbezugs der Familie in die Pflege

Vier Studien thematisierten die Wichtigkeit der Familie für Menschen mit Migrationshintergrund. Um diesem Bedürfnis nach Integration des Umfelds in die Pflege mehr Gewicht zu geben, wurden diese Erkenntnisse in einer eigenen

Kategorie gebündelt.

Thyli et al. (2014) verdeutlichen, dass für ältere Menschen in Zeiten der Veränderung die Familie die wichtigste Stütze ist. Diese Veränderung schliesst gesellschaftlichen Wandel, das Älterwerden, einen veränderten Gesundheitszustand sowie den Bedarf an Pflege und Hilfe im Alltag mit ein. Obwohl die Teilnehmenden Kenntnis von geriatrischen Pflegeangeboten und häuslicher Pflege hatten, konnten oder wollten sie solche Angebote nicht nutzen. Dies aus kulturellen und sprachlichen Gründen. Begrenzte soziale und sprachliche Fähigkeiten in der Interaktion mit Menschen ausserhalb der Familie wurden als grosses Hindernis beschrieben. Auch die Studien von Suurmond et al. (2015) und Hurely et al. (2013) machen die Aussage, dass obwohl die Teilnehmenden über das Angebot der professionellen Diensten informiert waren, sie ihre Familienmitglieder der formellen Pflege vorzogen.

Als Gründe, weshalb Angehörigenpflege gegenüber professioneller Pflege bevorzugt wird, nennen Thyli et al. (2014) Angst, Misstrauen, Sprachbarrieren sowie das explizite Favorisieren von Familienangehörigen als Pflegende. Aber auch aufgrund kultureller Regeln wird vorausgesetzt, dass die jüngere Generation sich um die Älteren kümmert. In der Studie von Hurely et al. (2013) werden Sprachprobleme, Verfügbarkeit und Angebot der Dienste sowie Kosten als Faktoren genannt, welche dazu beitrugen, dass die älteren Menschen Unterstützung von ihren Familienmitgliedern bevorzugten.

Hurely et al. (2013) machen ebenfalls deutlich, dass die Interviewten Angehörigenpflege bevorzugten und hohe Erwartungen an ihre Familie hatten. Alle ausser einem Teilnehmer erhielten Unterstützung von ihren Angehörigen. Sie akzeptierten jedoch, dass die Familienmitglieder weitere Verpflichtungen hatten und nicht rund um die Uhr anwesend sein konnten. Bei Menschen über 85 Jahre, waren auch deren Angehörige bereits älter. Sie waren auf Grund eigener gesundheitlicher Probleme nicht mehr in der Lage die Älteren zu unterstützen.

Der Wunsch nach Angehörigenpflege wurden in der Studie von Suurmond et al. (2015) sowohl von den älteren Menschen mit Migrationshintergrund wie auch von den Holländern vergleichbar stark geäussert. Es schien jedoch, als würden Menschen aus ethnischen Minderheiten professionelle Pflege Zuhause nur in

Betracht ziehen, wenn die Familienangehörigen nicht mehr in der Lage waren, die Pflege zu übernehmen. Giuntoli et al. (2012) betonen, dass die älteren Menschen ganztägige Unterstützung und Gesellschaft von ihren Kindern erwarten.

Familienmitglieder, wie Partner oder Kinder zu vermissen wurde regelmässig als erstes von den Teilnehmenden genannt, wenn es um die Erklärung von Einsamkeit ging.

Auch dort wo professionelle Dienste schon involviert waren, wollten die Partner weiterhin die Hausarbeiten selber erledigen. Dies wurde als Aufrechterhaltung ihrer kulturellen Rolle und der Wahrung von Unabhängigkeit angesehen (Hurely et al., 2013). Sie sagten auch, dass einige Interviewte das Gefühl äusserten, professionelle Dienste könnten die Rolle der pflegenden Angehörigen im Erbringen von kontinuierlicher Hilfe nicht ersetzen. In einigen Fällen war der Wunsch nach Angehörigenpflege stärker als die gängigen Gendernormen der Kohorte. So kam es dazu, dass zwei Ehemänner die Pflege ihrer Ehefrauen übernahmen (Hurely et al., 2013).

4.3.4 Chancengleichheit im Zugang zum Gesundheitssystem

Diese Kategorie entstand aus den Aussagen der Studienteilnehmenden, welche sich auf die Integration und Beteiligung in der Gesellschaft sowie den Zugang zum Gesundheitswesen bezogen.

Die Erfahrung von schwacher gesellschaftlicher Beteiligung wird offensichtlich, wenn gesundheitliche Probleme hinzukommen (Brämberg et al., 2010). In der Studie von Hovde et al. (2008) klagten die Interviewten über Schmerzen und Verletzungen durch wiederholte Belastung der harten Arbeit. Diese machten sie abhängig von der Hilfe anderer. Ältere Menschen, die in den 90er Jahren als Kriegsflüchtlinge kamen, berichteten häufig über psychische Beschwerden wie Depressionen oder Erinnerungen an traumatische Ereignisse. Trotz ihres schlechten Gesundheitszustandes vermittelten die Interviewten ein Gefühl von Stolz und versuchten eine Fassade aufrechtzuhalten. Sie wollten keine Belastung sein und weiterhin alles selbstständig regeln (Hovde et al., 2008). Eine Strategie um niemandem zur Last zu fallen war, ihre Aktivitäten an die Möglichkeiten anzupassen. So reduzierten sie zum Beispiel das Putzen und Waschen. Dadurch verhinderten sie so weit wie möglich, abhängig von der Hilfe anderer zu werden (Hovde et al., 2008).

Zusammenfassend könnte man sagen, dass die Teilnehmenden das Gefühl hatten, sie schulden der Gesellschaft ihres neuen Landes etwas. Sie betonten die Wichtigkeit dankbar und keine Belastung zu sein (Hovde et al., 2008).

Die älteren Menschen in der Studie von Thyli et al. (2014) beschrieben, dass sie als Ausgleich für die Verluste und negativen Erfahrungen, Stolz und Freude in ihrem neuen Leben und der Familie erfahren. Sie sehen ihre Enkelkinder als komplett integriert in der neuen Gesellschaft und sind Stolz, dass diese zweisprachig aufwachsen.

Giuntoli et al. (2012) sagen, dass die Eltern keine Hilfe von aussen wollten. Dies begründet sich in der Angst vor Behörden, welche sich während des zweiten Weltkriegs entwickelt haben. Auch von Thyli et al. (2014) wurden Gefühle der Angst und Misstrauen gegenüber Fremden beschrieben. Im ihrem bekannten Umfeld finden sie Sicherheit, Anerkennung und Befriedigung. Deshalb wird nur in der eigenen Kultur nach Austausch gesucht. Auch sagten die Studienteilnehmenden, dass sie den Informationen über die professionellen Dienste eher vertrauten, wenn sie diese von Landsleuten und in ihrer Sprache erhielten (Hurley et al., 2013).

Sprachhindernisse schienen mehrheitlich die Gründe dafür zu sein, dass einige Teilnehmende nicht wussten, was die Voraussetzungen waren, um häusliche Pflege zu erhalten. Sie dachten, der Dienst sei nur für sehr kranke Menschen. Auch nahmen sie an, sie hätten kein Recht auf häusliche Pflege, da sie bereits Sozialhilfebezüger waren. Auch dachten sie die Leistungen würden nicht von der Krankenversicherung übernommen oder nur für sehr kranke Menschen. Dies wurde vor allem durch Teilnehmende geäußert, welche die Landessprache nicht gut beherrschten (Suurmond et al., 2015). In der Studie von Hurley et al. (2013) wussten nur wenige der Teilnehmenden von den Diensten die sie Zuhause unterstützen konnten, ausser sie waren bereits mit diesen in Kontakt. Homecare Dienste aufzusuchen waren oft schwierige und umständliche Prozesse und nach einigen Anstrengungen gaben ältere marokkanische und türkische Menschen oftmals auf (Suurmond et al., 2015). In der gängigen Literatur wird Sprache, Bildung, Kosten, Transport sowie die Art der angebotenen Leistungen als Hindernis für den Zugang zu Dienstleistungen beschrieben (Hurley et al., 2013). Türkische und marokkanische Ältere, welche nicht

fließend Holländisch (Landessprache) sprachen, schienen aufgrund der Sprachbarrieren nie mit dem holländischen Gesundheitssystem vertraut zu werden (Suurmond et al., 2015).

Suriname Teilnehmende wussten, wo sie Homecare Dienste erreichen konnten, da sie in den wöchentlichen Treffen der Kirche Informationen darüber austauschten. Türkische und marokkanische Ältere sahen die Moschee nicht als einen ähnlichen Ort, wo man sich trifft und Informationen diesbezüglich austauscht (Suurmond et al., 2015).

5. Diskussion

Im folgenden Kapitel sollen die Ergebnisse der vier Kategorien interpretiert und kritisch diskutiert werden. Mittels der Theorie von Domenig (2007) und weiterer Literatur soll eine Beziehung zu Schweizer Homecare Diensten hergestellt werden.

Die Recherche in den Datenbanken ergab, dass zur gestellten Forschungsfrage nur eine geringe Menge Literatur vorhanden ist. Die gefundenen Studien waren alle dem untersten Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009) zuzuordnen. Auch ergab die Suche keine Reviews, welche die Sichtweise von Menschen mit Migrationshintergrund im Homecare Setting beleuchtet. Daraus lässt sich schliessen, dass es sich beim gewählten Thema um ein noch junges Forschungsgebiet handelt. Diese Erkenntnis wird durch die Autoren der einbezogenen Studien bestätigt. Die vertrauenswürdige Güte der ausgewählten Studien lässt eine Verwendung und Übertragung ins Schweizer Homecare Setting zu. Sie bieten eine Grundlage, um die zu Beginn gestellte Frage an die Literatur zu beantworten. Dazu werden die Ergebnisse in Verbindung mit dem Konzept „Transkulturelle Kompetenz“ von Domenig (2007) gebracht.

Aus den vier dargestellten Kategorien können diverse Erfahrungen und Bedürfnisse von älteren Menschen mit Migrationshintergrund an die professionelle Pflege Zuhause abgeleitet werden.

Sprachbarrieren und ihre Auswirkungen auf die Interaktion mit Fachpersonen

In allen inkludierten Studien waren die Sprachbarrieren ein zentrales Thema.

Die Interviewten der Studien Thyli et al. (2014), Hurley et al. (2013), Suurmond et al. (2015) und Hovde et al. (2008) berichten einheitlich über die Erfahrung einer geringen verbalen Interaktion mit dem Pflegepersonal. Dies hatte zur Folge, dass sie ihren eigenen Pflegeprozess nicht aktiv mitgestalten konnten (Suurmond et al., 2015). Sie äussern die Erwartung, dass die Pflegefachpersonen Fähigkeiten haben müssen, die Sprachbarrieren zu überwinden (Brämberg et al., 2010). Guitoni et al. (2012) machen deutlich, dass professionelle Dolmetscherdienste nötig sind, um den Patientinnen und Patienten das Verbalisieren von Bedürfnissen, Anliegen und Vorlieben an die Pflege zu ermöglichen. Im Gegensatz dazu wurde aber von einigen Interviewten eine ablehnende Haltung gegenüber professioneller Übersetzung geäussert. Sie bevorzugten ihre Familienmitglieder zum Übersetzen (Hurley et al., 2013).

Interessanterweise sagen Brämberg et al. (2010), dass die älteren Menschen mit Migrationshintergrund den Mangel an Kommunikation akzeptierten.

Da auch Pflegefachpersonen betonen, dass sie Sprachbarrieren als eine Herausforderung im Pflegealltag erleben, erstaunt es umso mehr, dass auch die Pflegenden die eingeschränkte Kommunikation hinnehmen. Insbesondere in Abklärungs-, Beratungs- und Instruktionssituationen sowie in emotionalen Momenten werden Kommunikationsprobleme deutlich. Schwierig sind Sprachbarrieren auch in Zeiten hoher Arbeitsbelastung und bei mangelnder Betreuungskontinuität (Sprachbarrieren in der Spitex, n.d.). Daher thematisiert Domenig (2007) die Kommunikation ausführlich. Die transkulturelle Kompetenz „Hintergrundwissen und Erfahrung“ verdeutlicht, dass Pflegefachpersonen Wissen über eine „angepasste Kommunikation im Migrationskontext“ haben müssen. Denn nur so können sie eine professionelle, personenzentrierte Pflege sicherstellen. Bischoff und Denhaerynck (2010) haben in ihrer Studie aufgezeigt, dass Sprachbarrieren einen grossen Einfluss auf die Pflegequalität, aber auch die Kosten im Gesundheitswesen haben. So sind Dolmetscherleistungen zu Beginn teuer, tragen aber langfristig zu einer Verringerung der Kosten bei, da die Pflege effektiver wird. Der Bericht der Expertengruppe Migrant Friendly Hospital (2008) sagt jedoch, dass Spitexkunden in der Schweiz generell wenig Dolmetscherleistungen erhalten. Dies ist auf die finanziellen sowie zeitlichen Ressourcen zurückzuführen. Der Bedarf an Übersetzung wird bis anhin meist durch Angehörige oder fremdsprachige Spitexmitarbeitende abgedeckt.

Transkulturelle Kompetenzen werden erwartet

Aus den Resultaten der Studien lassen sich diverse weitere Aspekte ableiten, die aufzeigen, was ältere Menschen mit Migrationshintergrund von transkulturell kompetenten Pflegefachpersonen erwarten.

Hovde et al. (2008) und Guitoni et al. (2012) heben die Wichtigkeit von Vertrauen hervor, das die älteren Menschen brauchen, um sich auf eine professionelle Pflegebeziehung einlassen zu können. Der Aufbau einer Beziehung zu Menschen mit Migrationshintergrund basiert laut Domenig (2007) eher auf „familiärem“ Vertrauen. Was mehr Nähe fordert als das von Pflegefachpersonen erlernte Nähe-Distanz-Konzept. Die Kontinuität des Pflegepersonals in der Betreuung ist dabei zentral (Hovde et al., 2008). Aus den Aussagen wird auch eine Abhängigkeit vom Pflegepersonal deutlich, da dieses die Beseitigung von Sprachbarrieren initiieren sollte, damit eine Vertrauensbildung möglich wird (Brämberg et al., 2010 und Guitoni et al. 2012).

Um die Menschen mit Migrationshintergrund professionell und partnerschaftlich in den Pflegeprozess einzubeziehen, ist die Haltung der Pflegefachpersonen zentral. Domenig (2007) fordert daher von den Pflegefachpersonen, dass sie sich ihren eigenen Lebenswelten und Wertvorstellungen bewusst werden. Eine reflexive Auseinandersetzung mit dem eigenen Handeln und Denken ist eine Grundvoraussetzung in der transkulturellen Pflege. Nur so können sie offen gegenüber dem Erleben und den Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund sein, ohne ihnen eine Pflege auf zu diktieren, welche nicht ihren Erwartungen entspricht.

Weiter sagt Domenig (2007), dass Pflegefachpersonen in der Verantwortung stehen, wenn es um das Erfassen von Pflegebedarf und persönlichen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten geht. Die Beteiligung am Pflegeprozess hat für Patientinnen und Patienten einen zentralen Einfluss auf das Resultat (Domenig, 2007, S. 278). Menschen mit Migrationshintergrund müssen Informationen erhalten, die sie verstehen und einordnen können. Nur so können ihre Ressourcen optimal im Pflegeprozess eingesetzt werden.

Werden Menschen nicht als Individuen, sondern als Mitglieder einer bestimmten Ethnie, Religion oder Nationalität angesehenen, führen Stereotype und Halbwissen

dazu, dass die Menschen mit Migrationshintergrund eine qualitativ unzureichende Pflege erhalten, welche nicht ihren individuellen Bedürfnissen entspricht. Um zu verhindern, dass einzelne Menschen oder Gruppen von der Pflege und Betreuung, auf die sie eigentlich Anspruch hätten, ausgeschlossen werden ist es wichtig, dass Pflegefachpersonen sensibel für migrationsspezifische Aspekte sind. Vertrauen und eine Beziehung zur Pflegefachperson sind daher die Grundvoraussetzungen für einen professionellen Pflegeprozess.

Guitoni et al. (2012) und Brämberg et al. (2010) betonen in ihrer Studie, dass von den Teilnehmenden mehr individuelle Unterschiede, bezüglich ihren Erwartungen geäußert wurden, als Gemeinsamkeiten festzustellen sind. Brämberg et al. (2010), Hovde et al. (2008) und Thyli et al. (2014) machen deutlich, welche Wichtigkeit die Migrationsbiografie für die Pflege der älteren Menschen hat.

Sie möchten von den Pflegenden angehört werden, was genügend Zeit voraussetzt, damit sie ihre Geschichte erzählen können.

Interessanterweise betonen sie, von den Pflegefachpersonen kein umfassendes kulturelles Hintergrundwissen zu erwarten, sondern wünschen sich als Individuum wahrgenommen zu werden (Brämberg et al., 2010).

Thyli et al. (2014) und Guitoni et al. (2012) zeigen aber auch auf, dass Pflegefachpersonen Wissen über die jeweiligen kulturellen und religiösen Hintergründe haben müssen, um den Patientinnen und Patienten respektvoll und empathisch begegnen zu können. Zudem wird der Wunsch nach gleichgeschlechtlichem Pflegepersonal oder gar nach professioneller Betreuung durch Personen mit gleichem sprachlichem Hintergrund geäußert. (Guitoni et al., 2012; Suurmond et al., 2015, Hurley et al., 2012). Solche Bedürfnisse werden jedoch in der gängigen Pflegepraxis kaum berücksichtigt.

Domenig (2007) fordert im dritten Aspekt der transkulturellen Kompetenz „Narrative Empathie“ von den Pflegefachpersonen. Was konkret bedeutet, dass man sich offen und neugierig gegenüber der Geschichte des Patienten zeigt und diesen erzählen lässt.

Interessanterweise wird von Pflegefachpersonen oftmals eine Unsicherheit bei der Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund geäußert, denn sie haben das Gefühl, nicht über genügend Hintergrundwissen zu verfügen. Umso mehr erstaunt es, dass Fachpersonen den Menschen mit Migrationshintergrund nur selten direkt

die Fragen stellen, die sie beschäftigen. Gründe dafür sind laut Domenig (2007, S.178) "transkulturelle Unsicherheiten und mangelnde Empathie".

Zudem erlebten die Interviewten, dass sich die Pflegefachpersonen aufgrund von Sprachbarrieren und Zeitdruck nicht aktiv um eine Pflegebeziehung bemühten.

Dieses Defizit an Einfluss auf den eigenen Pflegeprozess wurde von den älteren Menschen mit Migrationshintergrund hingenommen (Brämberg et al., 2010).

Wichtigkeit des Einbezugs der Familie in die Pflege

Ein weiteres zentrales Thema der ausgewählten Literatur war der Einbezug der Familie in die Pflege. Die Teilnehmenden sagten, dass sie aufgrund von Misstrauen, Sprachbarrieren und kulturellen Normen die Pflege durch die Familie bevorzugten (Thyli et al., 2014; Hurley et al., 2013). Die Angehörigen bieten Geborgenheit und Unterstützung im Prozess des Älterwerdens und in Zeiten von zunehmender Abhängigkeit. Dies insbesondere für die vulnerable Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen mit Migrationshintergrund (Thyli et al., 2014). Die Resultate beschreiben, dass die Interviewten hohe Erwartungen an die Angehörigen stellen, welche diese jedoch zum Teil in der heutigen Gesellschaft nicht mehr erfüllen können (Hurley et al., 2013). Auch die Familienmodelle von Menschen mit Migrationshintergrund haben sich aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen gewandelt. Zwar fühlen sich sowohl die Eltern wie auch die Kinder noch dem System der Altersversorgung durch die Familie verpflichtet. Doch entsteht aufgrund ökonomischer und individueller Gründe oft eine Diskrepanz von Wunsch und Wirklichkeit. Die Familienmitglieder arbeiten selber, haben viele Verpflichtungen und die Wohnverhältnisse sind begrenzt (Hurley et al., 2013; Domenig, 2007). Der Einbezug familienexterner Hilfe ins häusliche Setting ist auch häufig mit Scham behaftet und wird als Niederlage angesehen. Ein vertrauensvoller Beziehungsaufbau zu den Pflegefachpersonen und den Angehörigen ist daher elementar (Kohn et al., 2013).

Chancengleichheit im Zugang zum Gesundheitssystem

Die Resultate zeigen aber ebenfalls, dass wenn professionelle Hilfe nötig wäre, die älteren Menschen mit Migrationshintergrund ein Misstrauen gegenüber offiziellen Diensten äussern. Diese stehen einerseits im Zusammenhang mit gemachten Erfahrungen und andererseits mit dem Mangel an adäquater Information über das

Gesundheitssystem (Guitoni et al., 2012 und Thyli et al., 2014). Suurmond et al. (2015) und Hurley et al. (2013) zeigen auf, dass infolge mangelnder sprachlicher Fähigkeiten eine Chancenungleichheit im Zugang und Nutzen von Pflegediensten entstehen kann. Aufgrund des verschlechterten Gesundheitszustands in Folge der Migration und der harten Arbeit fühlen sich die Menschen in der Studie von Hovde et al. (2008) abhängig von der Hilfe anderer. Sie möchten jedoch niemandem zur Last fallen und selbstständig bleiben.

Aus den Ergebnissen der Studien geht hervor, dass die Haltung der Pflegefachpersonen gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund das steuernde Element beim Einbezug in den Pflegeprozess ist. Diese Erkenntnis deckt sich mit denen von Domenig (2007) geforderten transkulturellen Kompetenzen.

Aus den erarbeiteten Ergebnissen lässt sich ein Risiko für einen Circulus vitiosus ableiten. Dabei sind die beschriebenen Sprachbarrieren der zentrale Faktor. Aufgrund von Sprachbarrieren haben Menschen mit Migrationshintergrund weniger Anteil an ihrem Pflegeprozess und die nötige Vertrauensbildung für eine Patienten-Pflegebeziehung ist behindert. Dies hat ein verschlechtertes Pflegeresultat zur Folge. Obwohl die älteren Menschen ihre Migrationsbiografie für die Pflege als wichtig erachten, akzeptieren sie den Mangel an Kommunikation und Einfluss auf ihre Pflege. Auch lehnen sie teilweise professionelle Dolmetschende ab. Pflegefachpersonen stehen zudem unter Zeitdruck was dazu führt, dass auch sie die Sprachhürden bestehen lassen. Kommt noch eine mangelnde Betreuungskontinuität hinzu, verstärken sich die Sprachbarrieren und ihre Auswirkungen.

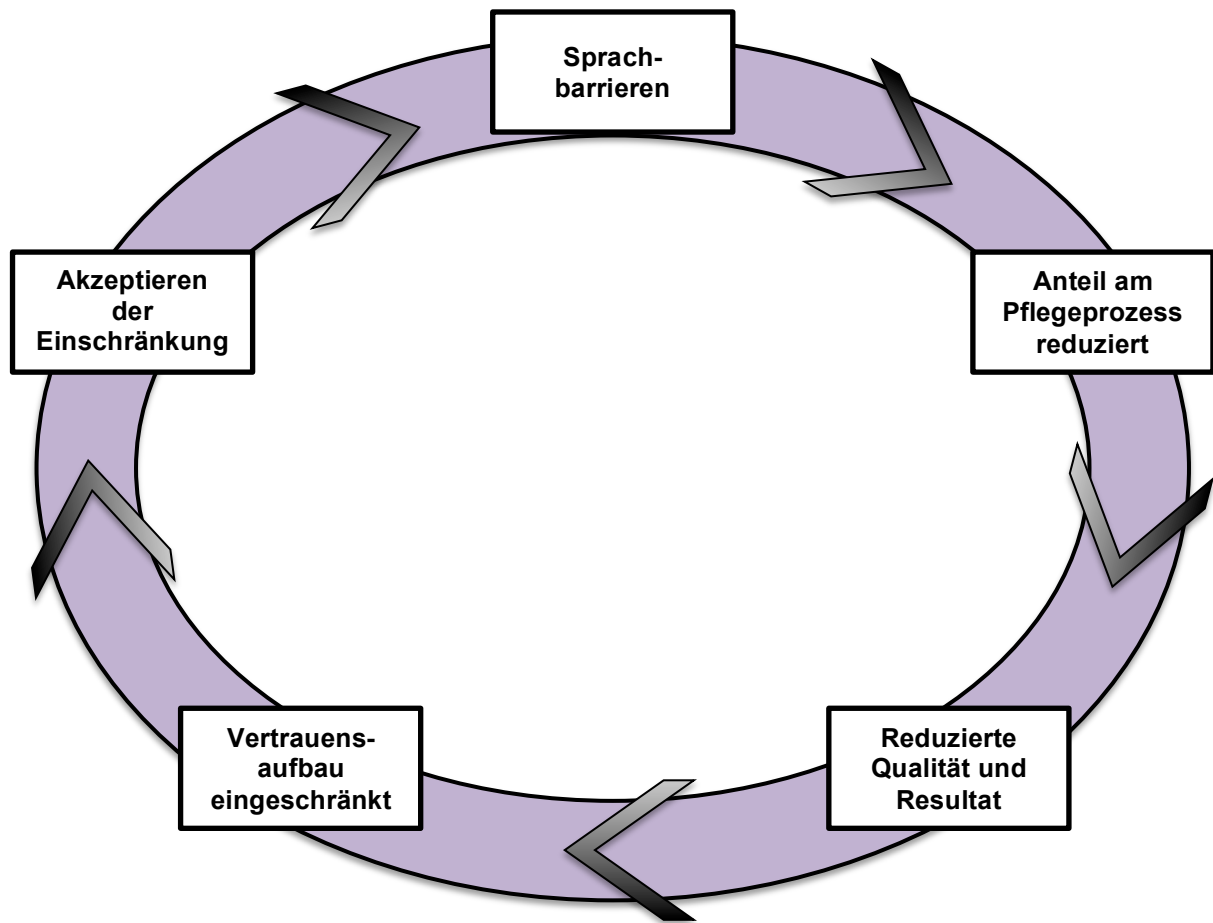


Abbildung 5. Circulus vitiosus Grafik CV einfügen

6. Praxistransfer

Im folgenden Kapitel werden mögliche Handlungsstrategien und Rahmenbedingungen auf verschiedenen Ebenen beschrieben. Diese sollen helfen, den erwähnten Risikofaktoren für einen Circulus vitiosus, entgegenzuwirken.

Institutionelle Ebene

Damit Menschen mit Migrationshintergrund Zugang erhalten zu der individuellen Pflege die sie benötigen, müssen einige Grundvoraussetzungen gegeben sein. Als erstes muss die Haltung gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund im Leitbild der Organisation verankert werden. Dies schafft die nötigen Rahmenbedingungen zur Entwicklung transkultureller Kompetenzen sowie zu einer verbesserten Kommunikation und Information. Damit transkulturelle Kompetenzen impliziert und gelebt werden, ist ein „transkulturelles Commitment auf Leitungsebene“ gefordert (Domenig, 2007, S. 353). Transkulturelle Kompetenzen müssen sich auf alle Ebenen

und Strukturen einer Institution auswirken. Nur so kann eine Haltungs- und Verhaltensänderung beim Personal erzielt werden. Werden transkulturelle Kompetenzen gelebt und konzeptualisiert, reduzieren sich Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrationshintergrund. Sie erfahren so eine auf ihre individuelle Situation abgestimmte Pflege und Betreuung (Saladin, 2009, S.27). Weiterbildungen in transkulturellen Kompetenzen sind deshalb nötig, um das Personal für migrationsspezifische Themen zu sensibilisieren. Die Schulung von transkultureller Kompetenz soll Hintergrundwissen vermitteln aber auch die zentralen Themen, Haltung, Kommunikation und die Beziehungsgestaltung inklusive der transkulturellen Anamnese einbeziehen. Zur Unterstützung für Konkrete Fragen und Schwierigkeiten im Alltag würde es sich anbieten eine Migrationsfachperson in jeder Institution einzusetzen. Diese Aufgabe könnte auch einer Advanced Practice Nurse (APN) zugeteilt werden.

Die Schulung von transkulturellen Kompetenzen alleine reicht jedoch nicht, um die Hürden zu bewältigen, die sich durch die eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten ergeben. Um mit Sprachbarrieren umzugehen, bieten sich mehrere Möglichkeiten an. Einerseits kann die Diversität des Personals gesteigert werden, indem mehrsprachiges Personal eingestellt wird, andererseits soll der Einsatz von interkulturellen Dolmetschern auf institutioneller Ebene geregelt werden (Saladin, 2009, S.29). Dazu sagt die Studie von Hadziabdic, Lundin und Hjelm (2015), dass es auf institutioneller Ebene oft an Konzepten und Leitlinien fehlt, wenn es um den Einsatz von professionellen Übersetzern geht. Klare Richtlinien und ein „Sprachkonzept“ der jeweiligen Institutionen sind nötig, um den routinemässigen Einsatz von Dolmetschern zu implementieren. Die Arbeit mit Dolmetschenden erfordert eine Schulung des Personals, um eine optimale und effiziente Kommunikation zu gewährleisten (Hadziabdic et al., 2015). Mitarbeitende die Dolmetscheraufgaben übernehmen, sollen in interkultureller Übersetzung trainiert werden.

Fachliche Ebene

Wie oben beschrieben sind Vertrauen und die Beziehung zur Pflegefachperson Grundvoraussetzungen für einen professionellen Pflegeprozess. So ist es wichtig, dem Erstkontakt genügend Zeit für die Vertrauensbildung zu geben. Als Beispiel

nennt Domenig (2007), mit alltäglichen Themen anstelle eines problemorientierten Gesprächs zu beginnen. Dabei spielen Empathie und echtes Interesse an der Geschichte der Patienten eine entscheidende Rolle. Um die Bedürfnisse und Erwartungen aus Patientenperspektive zu erfassen, bietet es sich an, zu Beginn des Pflegeprozesses eine transkulturelle Pflegeanamnese durchzuführen. Diese hat zum Ziel, die Migrationsbiografie zu erfassen und Unsicherheiten bezüglich den jeweiligen Erwartungen und Präferenzen an die Pflege zu klären. Zudem trägt die transkulturelle Anamnese dazu bei, den Menschen und seine Lebenswelt ganzheitlich zu verstehen (Domenig, 2007).

Der Einbezug der Familie in die Pflege wird von den Menschen mit Migrationshintergrund als bedeutsam beschrieben. Die transkulturelle Anamnese nach Domenig (2007) schliesst zwar Fragen bezüglich der Familie ein, sie bezieht diese jedoch nicht direkt in ein Assessmentgespräch ein. Daraus lässt sich ableiten, dass sich die Implementierung einer familienzentrierten Pflege anbieten würde. Denn bei einer familienzentrierten Anamnese nach dem Calgary Familien Assessment Modell wird nicht nur die zu pflegende Person ins Zentrum gestellt, sondern ihr ganzes familiäres Umfeld berücksichtigt. Dabei werden gezielte Fragen gestellt, welche die Sorgen, Anliegen und Herausforderungen der Familie als System betreffen. Die gegenseitigen Ansprüche und Möglichkeiten werden bei der Anamnese thematisiert und einbezogen. Die Erstellung eines Geno- Ökogramms hilft dabei, die Familie und die Beziehungen grafisch darzustellen. Es liefert zudem diverse Informationen über die Geschichte und die Lebenswelt der Patienten (Wright und Leahey, 2014).

Bei einem Familiengespräch sollen daher die Angehörigen nicht als Übersetzer tätig sein, sondern sollen in die Planung und falls gewünscht in die Ausführung der Pflege einbezogen werden. Gleichzeitig kann ein gemeinsamer Informationsstand geschaffen werden, da die Kinder meist schon stärker integriert sind und das Schweizer Gesundheitssystem kennen. So können sie zwischen den Lebenswelten der älteren Menschen mit Migrationshintergrund und der Arbeitsweise des Pflegepersonals vermitteln.

Gesellschaftliche Ebene

Neben der Forderung nach institutionellen Richtlinien, sind auch Massnahmen auf politischer Ebene gefordert, um Dolmetscherleistungen über das Krankenversicherungsgesetz (KVG) abrechnen zu können.

Menschen mit Migrationshintergrund benötigen Informationen über das Gesundheitssystem der Schweiz und dessen Angebote. Dabei sagen sie, dass sie es bevorzugen Informationen zu Pflegeangeboten, Unterstützungs- und Ergänzungsleistungen persönlich zu erhalten. Die bestehenden Informationsquellen wie Internet, Broschüren und Telefonzentrale scheinen zu kompliziert (Kohn et al. 2013). Multiplikatoren (Schlüsselpersonen) der jeweiligen Sprach- und Kulturgruppen sollen eingesetzt werden, um Wissenslücken zu schliessen. Diesen Personen gelingt es, dank Vernetzung und einer sicheren Vertrauensbasis die Informationen einfach und direkt zu vermitteln (Konzept Alter und Migration, 2013).

7. Schlussfolgerung

Die Voraussagen zur demografischen Entwicklung unserer Bevölkerung zeigen auf, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund in Zukunft eine nicht zu vernachlässigende Population im häuslichen Setting darstellen werden. Um diesen Menschen eine chancengleiche und bedarfsgerechte Pflege anzubieten, ist eine offene Haltung der Institutionen eine Grundvoraussetzung. Diese soll in Leitbildern und Konzepten verankert werden. Um ältere Menschen mit Migrationshintergrund ihren Bedürfnissen entsprechend professionell pflegen zu können, brauchen Pflegefachpersonen transkulturelle Kompetenzen. Diese sollen in Weiterbildungen geschult werden. Dazu gehört, dass sich die Pflegefachpersonen ein Grundwissen der verschiedenen Ethnien, Geschichte und Religionen aneignen, jedoch kein vertieftes Wissen über jede Kultur nötig ist. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass die individuelle Haltung der Pflegenden eine zentrale Rolle spielt. Eine Migrationsfachperson in jeder Institution könnte dazu beitragen die transkulturellen Kompetenzen im Alltag der Pflegefachpersonen zu vertiefen. Zudem könnte eine Steigerung des Informationsflusses und der Pflegequalität erzielt werden, da migrationsspezifische Themen ein Gewicht erhalten.

Die Menge an gefundenen Studien zeigt auf, dass im Hinblick auf die

demografischen Veränderungen der nächsten Jahre, vermehrt Forschung nötig ist, die sich auf das häusliche Setting bezieht. Insbesondere da Menschen mit Migrationshintergrund zu einer vulnerablen Patientengruppe gehören und wenig Möglichkeiten haben, angehört zu werden.

8. Limitationen

Eine Limitation der Arbeit besteht darin, dass sich keine Studien finden liessen, welche die Bedürfnisse von in der Schweiz lebenden Menschen mit Migrationshintergrund aus deren Perspektive erforscht. Es stellt sich die Fragen, inwieweit die bearbeiteten Resultate sich auf die Schweiz übertragen lassen. Dank der Grundhaltung, die Individualität jedes Menschen zu beachten, lässt sich ein Transfer in das Schweizer Homecare Setting jedoch vollziehen. Zudem sind die Gesundheitssysteme der Länder, in denen die Studien gemacht wurden, mit den Bedingungen in der Schweiz vergleichbar. Auch ist die Migrationsbevölkerung in der Schweiz heterogen, weswegen darauf verzichtet wurde, nur eine bestimmte Ethnie zu untersuchen.

Aufgrund der Methodik der Literaturrecherche und dem Zeitrahmen ist keine abschliessende Vollständigkeit der Resultate zu erreichen.

Aufgrund der beschränkten Wortzahl der vorliegenden Arbeit konnten diverse Aspekte nicht berücksichtigt werden. Dazu gehören zum Beispiel die unterschiedlichen Arten und Auswirkungen der Migration, das Thema Sterben oder wie Pflegefachpersonen die Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund Zuhause erleben.

Literaturverzeichnis

Bericht der Expertengruppe Migrant Friendly Hospitals (2008). Heruntergeladen von:
http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Branchenloesungen/Migrant_Friendly_Hospitals/Expertenbericht%20MFH%20def.%20080208-d%20Homepage.pdf am 02.02.2016

Bischoff, A. & Denhaerynck, K. (2010). What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Services Research*, 10, 1. doi 10.1186/1472-6963-10-248

Brämberg, E. B., Nyström, M. & Dahlberg K. (2010). Patient participation: A qualitative study of immigrant women and their experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5. doi: 10.3402/qhw.v5i1.4650

Bundesamt für Gesundheit (n.d.). Handlungsbereich Interkulturelles Dolmetschen. Heruntergeladen von:
http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12532/13702/index.html?lang=de&print_style=yes am 18.02.2016

Bundesamt für Gesundheit BAG (2013). Nationales Programm Migration und Gesundheit (Bilanz 2008–13 und Schwerpunkte 2014–17). Heruntergeladen von:
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/14002/index.html?lang=de> am 24.02.2016

Bundesamt für Statistik (2015). Migration und Integration- Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Heruntergeladen von:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/04.html> am 06.10.2015

Bundesamt für Statistik (2014). Gesundheitsstatistik 2014, Neuchâtel.

Heruntergeladen von:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5765> am 04.02.2016

Bundesamt für Statistik (2014). Gesundheitsstatistik 2014, Neuchâtel.

heruntergeladen von:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/01/01.html>
am 05.01.2016

Debesay, J., Harslof, I., Rechel, B. & Vike, H. (2014). Facing diversity under institutional constraints: Challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70, 2107-2116. doi: 10.1111/jan.12369

DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence Based Nurse*, 12, 99-101. doi: 10.1136/ebn.12.4.99-b

Domenig, D. (2007). *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2.Aufl.). Bern: Huber.

Eidgenössisch Kommission für Migrationsfragen/ Nationales Forum Alter und Migration (2012). Altern in der Migration. Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Migrationsfragen und dem Nationalen Forum Alter und Migration. Heruntergeladen von:

https://www.ekm.admin.ch/dam/data/ekm/dokumentation/empfehlungen/empf_alter.pdf am 09.10.2015

Gebhardt, M. & Keller, J. (2014). Spitex- Strategie 2022 der Stadt Zürich:

Umsetzungskonzept. Heruntergeladen von: https://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/gud/Deutsch/Gesundheit/Spitex/weitere%20Dokumente/Umsetzungskonzept_der_Spitexstrategie_2022.pdf am 28.09.2015

- Giuntoli, G. & Cattani, M. (2012). The experiences and expectations of care and support among older migrants in the UK. *European Journal of Social Work*, 15, 131-147. doi:10.1080/13691457.2011.562055
- Hadziabdic, E., Lundin, C. & Hjelm, K. (2015). Boundaries and conditions of interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare. *BMC Health Services Research*, 15, 458. doi: 10.1186/s12913-015-1124-5
- Hausotter, W. & Schouler-Ocak, M. (2013). *Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund*. Elsevier, Urban & Fischer.
- Hovde, B., Hallberg, I. R. & Edberg, A. K. (2008). Older immigrants' experiences of their life situation in the context of receiving public care in Sweden. *International Journal of Older People Nursing*, 3, 104-112.
- Hungerbühler, H. & Bisegger, C. (2012). Und so sind wir geblieben: Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Heruntergeladen von: https://www.ekm.admin.ch/dam/data/ekm/dokumentation/materialien/mat_alter_d.pdf am 06.10.2015.
- Hurley, C., Panagiotopoulos, G., Tsianikas, M., Newman, L. & Walker, R. (2013). Access and acceptability of community based services for older Greek migrants in Australia: user and provider perspectives. *Health and Social Care in the Community*. 21, 140-149 doi: 10.1111/hsc.12000
- Kalengayi, F. K. N., Hurtig, A. K., Ahlm, C. & Ahlberg, B. M. (2012). "It is a challenge to do it the right way": an interpretive description of caregivers' experiences in caring for migrant patients in Northern Sweden. *BMC Health Services Research*, 12, 433. doi: 10.1186/1472-6963-12-433
- Kohn, J., Tov, E., Hanetseder C. & Hungerbühler H. (2013). Pflegearrangements und Einstellungen zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Eine Studie im Auftrag des Nationalen Forums Alter und Migration. Basel/Bern: FHNW/SRK.

- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Urban & Fischer.
- Mladovsky, P., Ingleby, D. & Rechel, B. (2012). Good practices in migrant health: the European experience. *Clinical Medicine*, 12, 248-252. doi: 10.1186/1471-2458-11-187
- Öresland, S., Määttä, S., Norberg, A., Jörgensen, M. W. & Lützén, K. (2008). Nurses as guests or professionals in home health care. *Nursing Ethics*, 15, 371-383. doi:10.1177/0969733007088361
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.
- Saladin, P. (2009). Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Spitex Zürich (2016). Pflegeleistungen. Heruntergeladen von: <http://www.spitex-zuerich.ch/tarife-2014/pflegeleistungen/> am 17.03.2016
- Stadt Bern Konzept Alter und Migration (2013). Heruntergeladen von: http://www.bern.ch/politik-und-verwaltung/stadtverwaltung/bss/alters-und-versicherungsamt/alter/downloads/BSS_AVA_Alterskonzept_18012012_web.pdf am 24.02.2016
- Statistisches Amt des Kanton Zürichs (2015). Daten Bevölkerungsstand. Heruntergeladen von: http://www.statistik.zh.ch/internet/justiz_inneres/statistik/de/daten/daten_bevoelkerung_soiales/bevoelkerung.html am 09.10.2015

- Suurmond, J., Rosenmöller, D. L., el Mesbahi, H., Lamkaddem, M. & Essink-Bot, M. L. (2015). Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly–A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 23-35. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.02.014
- Sprachbarrieren in der Spitex (2014). Overcoming Language Barriers in Homecare Nursing (OLBiHN). Heruntergeladen von:
<https://www.zhaw.ch/de/forschung/departementsuebergreifende-kooperationen/olbihn/>
- Thyli, B., Hendelin, B. & Athlin, E. (2014). Experiences of health and care when growing old in Norway- From the perspective of elderly immigrants with minority ethnic backgrounds. *Clinical Nursing Studies*.
doi:10.5430/cns.v2n3p52
- Von Bose, A. & Terpstra, J. (2012). Modelle der transkulturellen und kultursensiblen Pflege. In *Muslimische Patienten pflegen* (11-19). Heidelberg: Springer.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2014). *Familienzentrierte Pflege Lehrbuch für Familien - Assessment und Interventionen* (2. Aufl.) Hrsg. Preusse- Bleuler, B. Bern: Huber.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Ständige ausländische Wohnbevölkerung

Abbildung 2. Transkulturelle Kompetenzen

Abbildung 3. Flussdiagramm Recherche

Abbildung 4. 6-S-Evidenzpyramide nach DiCenso et al. (2009)

Abbildung 5. Circulus vitiosus

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Spitex Leistungen

Tabelle 2 Keywords

Tabelle 3 Übersicht Studien

Danksagung

Herzlich möchte ich mich bei Frau Barbara Preusse für die Unterstützung, Beratung und die anregenden Gespräche bedanken.

Ein weiterer Dank gilt meiner Familie und meinen Freunden für die Geduld die sie mir entgegen gebracht haben sowie die positiven Gedanken. Meinen Kommilitonen Kevin, Thomas und Bettina danke ich für die diversen Telefonate.

Eigenständigkeitserklärung

Eigenständigkeitserklärung: Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.

Zürich, 13.04.2016

Deborah Janz

Wortzahl

Wortzahl der Arbeit: 7893

Wortzahl des Abstracts: 190

Anhang

I. Recherche Strategie

Anhang Suchstrategie Cinahl 18.12.2015

Suchnummer	Suchbegriffe: MH = Meshterm	Treffer
S1	MH „ethnic minorities“	4577
S2	MH „needs“	244052
S3	MH „ elderly or aged or older or elder or geriatric	662202
S4	MH „home“	131262
S5	MH „community dwelling“	7767
S6	MH „expectations“	18494
S7	MH „experience“	184888
S8	MH „in home care“	41701
S9	MH „migrants or immigrants“	16305
S10	MH „home care“	39692
S11	MH „community based nursing“	582
S12	MH „cultural competence“	7220
S13	MH „diverse community“	891
S14	MH „nursing“	566891
S15	MH „lived experience“	4255
S16	MH „health care“	346378
S17	MH „health care system“	14622
S18	MH „home health care“	20479
S19	MH „minority groups“	10570
S20	MH „community care	14829
S21	MH „cultural diversity“	9845
S22	MH „client perception“	595
S23	MH „perception“	92294
S24	MH „home care service“	2224
S25	MH „patient“	1141413
	S1 AND S2 AND S3 AND S4	53
	S1 AND S2 AND S3 AND S5	9

	S1 AND S6 AND S3 AND S5	1
	S1 AND S7 AND S3 AND S5	1
	S1 AND S7 AND S3 AND S4	15
	S8 AND S3 AND S9	4
	S8 AND S3 AND S2	5
	S11 AND S6 AND S1	7
	S12 AND S10	96
	S13 AND S14 AND S2	52
	S10 AND S9 AND S2	2
	S 10 AND S9 AND S7 OR S15	32
	S16 AND S9 AND S15	4
	S10 AND S9 AND S15	0
	S10 AND S9 AND S2	9
	S9 AND S2 AND S14	126
	S9 AND S2 AND S17	20
	S9 AND S2 AND S11	37
	S9 AND S15	8
	S9 AND S2 AND S3 AND S4	53
	S9 AND S2 AND S3 AND S10	22
	S18 AND S3 AND S1	88
	S18 AND S2 AND S1	7
	S19 AND S2 AND S3 AND S4	46
	S12 AND S20	109
	S22 AND S18 OR S24	20
	S1 AND S3 AND S7 AND S18	2
	S9 AND S2 AND S3 AND S25	163
Total		992

Anhang Suchstrategie Medline via Ovid 16.12.2015

Suchnummer	Suchbegriffe	Anzahl Treffer
S1	ethnic minorities	3423
S2	home care	44810
S3	elderly OR older OR geriatric	505274
S4	perceptions	281932
S5	migrant OR immigrant	17014
S6	community health care	1199
S7	experience	487823
S8	expectations	19508
S9	cultural competence	1589
S10	home care setting	277
S11	needs	244657
S12	patients	4434681
	S1 AND S3 AND S4	19
	S5 AND S3 AND S4	96
	S1 AND S2	33
	S4 AND S3 AND S5 AND S2	2
	S6 AND S3 AND S7	27
	S6 AND S5 AND S7	8
	S2 AND S5 AND S3	12
	S3 AND S9 AND S10	54
	S9 AND S10 AND S3	0
	S9 AND S2	12
	S4 AND S9 AND S2	12
	S2 AND S5 AND S11	6
	S4 AND S9	52
	S8 AND S9	35
	S2 AND S7 AND S9	0
	S2 AND S3 AND S5	8
	S3 AND S7 AND S9	3
	S2 AND S9	12

	S5 AND S11 AND S12	74
Total		465

Anhang Suchstrategie PsycINFO 24.11.2015

Suchnummer	Suchbegriffe	Anzahl Treffer
S1	home care	17787
S2	minorities	103523
S3	elderly OR older OR geriatric	359505
S4	immigrant patients	298
S5	needs	253147
S6	expectations	12945
S7	experience	600561
S8	lived experience	11482
S9	community dwelling	24507
S10	migrants OR immigrants	40464
	S1 AND S2 AND S3 AND S5	118
	S4 AND S5 AND S1	4
	S4 AND S5	67
	S3 AND S8 AND S9	0
	S5 AND S4 AND S11	45
	S10 AND S6 AND S1	89
	S6 AND S2 AND S1	70
	S4 AND S6	35
	S10 AND S7 AND S1	27
	S10 AND S8 AND S9	21
	S10 AND S5 AND S1 AND S3	17
Total		493

Anhang Suchstrategie Cochrane Library 20.12.2015

Suchnummer	Suchbegriffe	Anzahl Treffer
S1	elderly	1182
S2	home care	258
S3	needs	8002
S4	experience	5665
S5	expectation	738
S6	immigrant	65
S7	Community dwelling	218
S8	migrant	62
	S6 AND S3	66
	S7 AND S6	6
	S8 AND S4	45
	S8 AND S5	14
	S8 AND S2 AND S3	3
	S1 AND S2 AND S6	1
	S6 AND S5	18
Total		153

II. Zusammenfassung und Würdigung der Studien mit AICA

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Suurmond, J., Rosenmöller, D. L., el Mesbahi, H., Lamkaddem, M. & Essink-Bot, M. L. (2015). Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly–A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 54, 23-35.

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage/ Zweck: Das Ziel der Studie war mehr Verständnis für die Sichtweise von älteren ethnischen Minderheiten in Bezug auf den Zugang zu Homecare Diensten in den Niederlanden zu erhalten. Welche Faktoren beeinflussen die Bereitschaft Homecare Dienste zu nutzen? Was sind ihre Meinungen bezüglich Homecare Diensten? Die Sicht der Pflegenden und Familienangehörigen wurde bereits in Studien beschreiben, während die von ethnischen Minderheiten nur selten in Studien erforscht wurden. Barrieren von Türkischen, Marokkanischen, Surinamer und älteren Holländer im Zugang zu Homecare Diensten zu erforschen Um Hindernisse im Zugang zum Gesundheitssystem zu überwinden müssen verschiedene Fähigkeiten</p>	<p>Design: Qualitative Studie. Teil einer grösseren Studie die qualitative und quantitative Daten erhob, über den Gebrauch vom Gesundheitssystem der grössten Populationen älterer Minderheiten in Amsterdam. Sample: Marokkaner, Türken, Suriname und Holländer über 50 Jahre. Frauen und Männer Mit Hilfe von Kontaktpersonen wurden die möglichen Teilnehmer aus Glaubensgruppen, Gemeindezentren oder Kulturgruppen rekrutiert. Die Gruppen wurden nach Herkunftsländern aufgeteilt. Bei den türkischen und den marokkanischen Gruppen wurden Frauen und Männer getrennt wegen den grossen Unterschieden der jeweiligen Leben. Die Gruppe der Surinamer wurde ebenfalls aufgeteilt, jedoch nach deren kulturellen und ethnischen Hintergründen. 7 halbstrukturierte Gruppeninterviews (n=50) und Einzelinterviews (n=5) 1 holländisches Gruppeninterviews 2 marokkanische 2 türkische 2 Suriname Die 5 Einzelinterviews wurden mit älteren Menschen aus ethnischer Minderheit gemacht, welche eine erhebliche funktionelle Einschränkungen hatten Datenerhebung und Aufbereitung : Eine halbstrukturierte Themenliste wurde für Interviews verwendet. Die Themenliste wurde mit zweisprachigen Forschern Holländisch/ Türkisch und Holländisch/ Marokkanisch besprochen. Gewisse Wörter wurden von Dolmetschern übersetzt. Die Interviews dauerten zwischen 60 und 90 Minuten und fanden in der Sprache der Wahl statt. Die Interviews wurden vom ersten Autor auf Holländisch geführt. Alle Interviews wurden aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Analyse: Levesque Rahmenbedingungen wurden verwendet um die Aussagen der Interviews in Über- und Unterthemen zu ordnen.</p>	<p>Barrieren im Zugang sind bei allen Gruppen vorhanden. Bei Menschen mit anderem ethnischen Hintergrund gibt es jedoch einige spezifische Hindernisse. Es wurden drei verschiedene Hürden im Zugang zu Homecare Diensten gefunden: Hindernisse im Wahrnehmen der Notwendigkeit von Homecare Hindernisse im Suchen von Homecare Diensten Hindernisse im eingebunden sein in den Pflegeprozess</p>	<p>Es wurden drei Hindernisse gefunden. Eine Erkenntnis war, dass es keine Hürden in Bezug auf das Aufsuchen von Homecare Diensten gab sowie keine Hindernisse die finanziell bedingt waren. Wichtig war die Erkenntnis dass Sprache und Kommunikation meist eine grosse Hürde im Prozess darstellen. Sprachliche Probleme sind verantwortlich für ein Wissensdefizit in Bezug auf das Wahrnehmen der Notwendigkeit, dem Suchen und dem in Kontakt treten mit Homecare Diensten. Dies vor allem für die erste Generation von Arbeitsmigranten wie z.B in Holland die Türken oder Marokkaner. Es gab jedoch auch Holländer welche nicht wussten wie Homecare Dienste zu erreichen sind. Die älteren Holländer konnten sich jedoch auf ihre Kinder verlassen wenn es darum ging Zugang zu Homecare Diensten zu sichern. Im Gegensatz zu den ethnischen Minderheiten, wo auch deren Kinder ein Wissensdefizit aufwiesen. Es zeigte sich, dass die ethnischen Minderheiten, sowie die Holländer informelle Betreuung der professionellen Pflege vorzogen.</p>

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Suurmond, J., Rosenmöller, D. L., el Mesbahi, H., Lamkaddem, M. & Essink-Bot, M. L. (2015). Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly–A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 54, 23-35.

vorhanden sein.	<p>Dies geschah in zwei Schritten.</p> <p>Ethik: Eine mündliche Einverständniserklärung wurde von allen Teilnehmern eingeholt.</p> <p>Gemäss holländischen Richtlinien war für diese Studie kein Einverständnis bzgl Ethik nötig da Teil einer grösseren Studie.</p> <p>Es wurden den Standards der Dutch medical research involving human subjects gefolgt.</p> <p>Codes wurden verwendet um die Anonymisierung zu gewährleisten.</p>		<p>Was zu einer starken Belastung für die pflegenden Angehörigen führen kann.</p>
-----------------	---	--	---

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Suurmond, J., Rosenmöller, D. L., el Mesbahi, H., Lamkaddem, M. & Essink-Bot, M. L. (2015). Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly–A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 54, 23-35.

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie zeigt auf der ersten Seite auf, was schon bekannt ist und welche Wissenslücken geschlossen werden sollen. Das Ziel der Studie wurde klar formuliert und ist relevant für die Pflege. Die Relevanz wird mit weiterer Literatur begründet und Bezug zu anderen Ländern gemacht. Ein bestehender theoretischer Bezugsrahmen (Lavesque et al.) wird verwendet um das Phänomen zu analysieren. Das Phänomen wird beschrieben.</p>	<p>Zum Thema Nutzen und Leistungserbringung im Gesundheitswesen von älteren ethnischen Minderheiten wurde ein grossen Studien durchgeführt, welche qualitative und quantitative Daten gesammelt hat. Der Nutzen und Zugang zu Homecare war ein Teil der grossen Studie. Natural group discussion: Menschen die sich bereits kannten. Die Übersetzerin hatte keine Erfahrung und wohnte nicht im Umfeld der Teilnehmer. Das Forschungsdesign ist logisch gewählt um die Forschungsfrage zu beantworten. Die Teilnehmer wurden über Kontaktpersonen und nach dem Convenience Sample Prinzip ausgewählt. Die Menge der Teilnehmer ist für den qualitativen Ansatz ausreichen. Die Population war heterogen, die Interviewgruppen jedoch homogen. Je nach religiösem und kulturellem Hintergrund wurden die Gruppen nach Geschlecht aufgeteilt. Es wurde ein Vergleich gemacht mittels älteren Menschen der nationalen Mehrheit. Dies verdichtet die Ergebnisse und stellt sie in Beziehung. Das Setting wird erwähnt und Ort der Rekrutierung wird aufgezeigt. Die Teilnehmer kommen aus einem ärmeren Stadtteil von Amsterdam. Es wird erklärt weshalb das Alter der Teilnehmenden relativ jung ist. Auch wird darauf hingewiesen dass es schwierig ist Teilnehmer zu finden, damit wird auch begründet weshalb Gruppeninterviews geführt wurden und nur 5 Einzelinterviews. Die Teilnehmer haben nicht unbedingt Erfahrung in Bezug auf das Thema. Für die Gruppeninterviews wurden bereits bestehende soziale Gruppen ausgewählt mit der Annahme, dass die Datendichte erhöht werden kann, wenn die Teilnehmer sich voll einbringen könne. Dies ist gegeben wenn sie sich gegenseitig vertrauen und so ermutigt werden ihre Sichtweisen auszudrücken. Die Vorgehensweise der Datenerhebung ist erläutert und begründet. Die Interviews wurden mit einer halbstrukturierten Themenliste geführt. Die Fragen beantworteten den theoretischen Bezugsrahmen von Levesque nicht systematisch. Alle Aspekte wurden jedoch im</p>	<p>Die Analyse und Gliederung der Resultate ist mit einem theoretischen Modell verglichen worden. Die Resultate werden mittels Zitaten untermauert. Die Ergebnisse werden erklärt und in Beziehung gestellt. Es werden viele Bezüge zur „Realität“ und Praxis gemacht. Die Kategorien sind klar unterscheidbar und logisch aufgegliedert. Die Daten machen deutliche Aussagen zu dem beforschten Phänomen und geben Antwort auf die Forschungsfrage. Ein Wissensgewinn ist mit der Studie gegeben. Es stellt sich die Frage wie viele Teilnehmer bereits Kontakt zu Homecare Diensten hatten um adäquate Aussagen über das Erleben zu machen.</p>	<p>Die Interpretationen und Erläuterungen helfen die Ergebnisse in Kontext zu Realität und Alltag zu stellen. Z. B werden Sprachhürden erläutert und Bezug gemacht zu bestimmten Populationen. Die Interpretationen werden mit Literatur untermauert. Die Bedeutung für die Pflege ist ersichtlich. Es werden auf Mängel von Seiten der Pflegenden hingewiesen. Die Empfehlungen für Praxisimplikationen sind Konkret und ausführlich beschrieben. Die Autoren gehen davon aus dass die Ergebnisse auf andere Länder und Settings übertragen werden können. Sie heben hervor was mit einer Sensibilisierung für die Thematik erreicht werden könnte. Es werden konkrete Handlungshinweise gegeben was mit einer verbesserten transkulturellen Kompetenz erreicht werden kann. Sie weisen darauf hin was auf politischer Eben getan werden könnte um den Zugang zu Homecare für ethnische Minderheiten und die transkulturellen Kompetenzen der Pflegenden zu verbessern. Sie machen Hinweise, in welche Richtung weiter geforscht werden</p>

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Suurmond, J., Rosenmöller, D. L., el Mesbahi, H., Lamkaddem, M. & Essink-Bot, M. L. (2015). Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly–A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 54, 23-35.

	<p>laufe der Interviews aufgegriffen.</p> <p>Es wurde sichergestellt dass die Fragen in den jeweiligen Landessprachen auch Sinn machten und dass die Übersetzer die genaue Bedeutung der Frage verstanden.</p> <p>Die Datensättigung wollten die Autoren erreichen in dem sie Gruppen wählten von Menschen die sich bereits kannten.</p> <p>Literatur zu dieser Methode wird zitiert.</p> <p>Es wurde eine mündliche Einverständniserklärung eingeholt.</p> <p>Die Teilnehmer konnten ihre bevorzugte Sprache wählen.</p> <p>Die Schwierigkeiten und Limitationen einer transkulturellen Übersetzung wird detailliert beschrieben. Sie erklären wie sie diese Problem umgehen wollten. Die Forscher welche zur Übersetzung eingesetzt wurden waren zweisprachig erhielten jedoch kein Training in Übersetzung. Sie waren jedoch geübt in Interview Durchführung.</p> <p>Es wird erwähnt dass sie nicht in der Umgebung lebten wie die Teilnehmer.</p> <p>Der erste Autor führte alle Interviews auf Holländisch. Es wird nicht erwähnt wie gut die Sprachfähigkeiten und Bildungsstand der Teilnehmer war.</p> <p>Die Interviews wurden aufgenommen und wörtlich transkribiert.</p> <p>Die Übersetzer und der erste Autor diskutierten die Interviews und möglich Missverständnisse auszuschliessen. Die Übersetzer teilten dem ersten Autor ihre Interpretationen der Aussagen mit.</p> <p>Der methodologische Ansatz ist logisch gewählt, da das Erleben und die Erfahrungen beforscht wurden.</p> <p>Das gewählte Rahmenkonzept zur Datenanalyse ist mit Autoren referenziert.</p> <p>Ein deduktiver Ansatz wurde gewählt und begründet damit, dass es die Forscher mehr für relevante Probleme und Interpretationen sensibilisiert als ein induktiver Ansatz.</p> <p>Sie beschreiben dass sie verhindern wollten die Daten mit dem Levesque Modell in vorgegebene Kategorien zu pressen. Die Kodierung und Ordnung der Daten wird genau beschrieben.</p> <p>Die Constant comparative method wurde angewandt welche jedoch induktiv ist.</p> <p>Während mehrerer Sitzungen wurden die Daten und Kategorien mit allen Autoren diskutiert und mit den Levesque Kategorien</p>		soll
--	--	--	------

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Suurmond, J., Rosenmöller, D. L., el Mesbahi, H., Lamkaddem, M. & Essink-Bot, M. L. (2015). Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly–A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 54, 23-35.

	<p>verglichen, welche immer mehr zu passen schienen. Es wird nicht erwähnt inwiefern analytische Entscheidung dokumentiert wurden- Es wird nicht erwähnt ob Feldnotizen gemacht wurden. Ethische Fragen werden nur wenig diskutiert. Das Problem der von Übersetzung und Interpretation wird aufgegriffen. Die Beziehung zu den Teilnehmern wird nicht erwähnt. Die beiden Übersetzer stammten zwar nicht aus der Umgebung der Teilnehmer, es wurde aber nicht erwähnt ob sie in den religiösen Zentren und Gruppen der Teilnehmer verkehren oder einige Teilnehmer kennen. Es wurde keine Bewilligung einer Ethikkommission eingeholt da dies nicht nötig war. Die Autoren sagen sie hätten ethische Prinzipien eingehalten und haben die Anonymisierung sichergestellt. Die mündliche Einverständniserklärung der Teilnehmer wurde aufgenommen. Es ist nicht klar in welcher Form die Teilnehmer die Informationen über die Methoden der Studie erhielten. Es werden keine Interessenskonflikte erwähnt. Es fand keine externe Finanzierung statt. Die Teilnehmer erhielten Einkaufsgutscheine.</p>		
--	---	--	--

Güte/ Evidenzlage:

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985):

Positives wird mit + und Negatives wird mit – gekennzeichnet

- + Das Forschungsdesign ist logisch gewählt um die Forschungsfrage zu beantworten
- + Die Übersetzer und der erste Autor diskutierten die Interviews und möglich Missverständnisse auszuräumen
- +Die Resultate werden mittels Zitaten untermauert.
- +Die Ergebnisse werden erklärt und in Beziehung gestellt.
- + Die Empfehlungen für Praxisimplikationen sind Konkret und ausführlich beschrieben.
- + Die Autoren gehen davon aus dass die Ergebnisse auf andere Länder und Settings übertragen werden können.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach DiCenso (2009) , da es sich um ein „single Studie“ handelt, das heisst eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Hurley, C., Panagiotopoulos, G., Tsianikas, M., Newman, L. & Walker, R. (2013) Access and acceptability of community based services for older Greek migrants in Australia: user and provider perspectives. *Health and Social Care in the Community*.

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage/ Zweck: In den meisten entwickelten Ländern nimmt die Anzahl der älteren Migranten in der Population zu. Bis anhin wurde jedoch nur sehr wenig Forschung betrieben die der Frage nachgehen wie, die Migranten professionelle gemeindenähe Pflege erleben. In der bestehenden Literatur werden vor allem die Bedürfnisse und Sichtweisen der Betreuer beleuchtet. Gründe dafür könne Mangel an zweisprachigen Forschern sein, sowie Finanzielle Gründe des Dolmetschens. Die Studie versucht die Forschungslücke in Bezug auf Zugang und Akzeptanz zu schliessen, in dem sie die Sichtweise von ältere Griechen und Dienstleistungserbringer untersucht.</p>	<p>Design: Qualitatives Design (nirgends erwähnt) Sample: 22 Ältere Griechen aus der Nachkriegszeit die nach Australien migriert sind. Das Durchschnittsalter liegt bei 79 Jahren, die jüngste Person war 69. Die Teilnehmer wurden aus Gemeindegruppen rekrutiert. Alle Teilnehmer bezeichneten ihre Englisch Fähigkeiten als nicht vorhanden oder limitiert. 22 Dienstleistungserbringer aus verschiedenen staatlichen und nichtstaatlichen Betrieben nahmen teil. 10 waren in der direkten Pflege tätig sowie 4 praktizierende Ärzte. Dazu kamen noch Personen die im Bereich Essensservice oder Haushalthilfe oder andere soziale Unterstützungsangebote tätig waren. Datenerhebung und Aufbereitung: 22 älteren Griechen wurden ca eine Stunde lang interviewt, das Interview war ein halbstrukturiertes Tiefeninterview. Die Teilnehmer wurden nach dem Schneeball Prinzip ausgesucht welche nicht bereit in ein einer Gruppe aktiv waren. Alle Interviews wurden auf Griechisch abgehalten durch die griechischen Forscher. Im Zuhause der Teilnehmer. 4 Fokusgruppen wurden gebildet mit Kombinationen von gesamthaft 48 Teilnehmern. 2 Gruppen Männer und Frauen, sowie 2 Gruppen nur Frauen. Die Teilnehmer kamen aus bestehenden Gemeindegruppen. Alle Interviews und Fokusgruppen wurden aufgezeichnet und anschliessend von den griechischen Forschern ins Englische übersetzt. Die beiden Forscher überprüften die Übersetzungen gegenseitig. Mit den Dienstleistungserbringern wurden halbstrukturierte Telefoninterview von 45 Minuten durchgeführt. Die Forscher machten sich dabei Notizen Analyse: Die Analyse der transkribierten Daten fand mit NVivo statt, dabei wurden von den Forschern eine thematische Gliederung gemacht. Neu auftretende Codierungen wurden diskutiert und beigefügt. Ethik: Informationen und Informiertes Einverständnisklärung wurde in Griechisch und Englisch abgegeben, sowie bei geringer</p>	<p>Schwerpunkte der Resultate wurden unterteilt in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wissen über öffentliche Dienstleistungen • Akzeptanz und Zugang zu solchen Diensten • Die Rolle der Familie und andere informelle Quellen von Hilfe und Unterstützung 	<p>Die geringen sprachlichen Fähigkeiten und Bildung behindern den Zugang und das Wissen über öffentliche Dienstleistungen. Die älteren Menschen und ihre Betreuer sind sich einig, dass in dieser Population die Sprache und die Familie die wichtigsten Einflussfaktoren sind wenn es um Zugang zu Dienstleistung geht. Hausärzte sind wichtige Vermittler von Informationen über bestehende Dienste. Entgegen der Annahme dass übersetzte Broschüren oder Internetseiten helfen den Zugang zu verbessern, zeigt sich dass durch den geringen Bildungsstand diese Massnahmen nur wenig helfen. Dolmetscher sind nur wenig vorhanden und die Patienten wollen häufig lieber Familienmitglieder als Übersetzer. Übersetzung durch Familie kann jedoch gegen die Regeln der Organisation sein. Da ältere Griechen sich vor allem Familienmitglieder als Pflegenden wünschen werden öffentliche Dienste häufig erst in Notfällen eingeschaltet, anstatt diese pro aktiv zu involvieren. Die starke Abhängigkeit für Informationen und Unterstützung</p>

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Hurley, C., Panagiotopoulos, G., Tsianikas, M., Newman, L. & Walker, R. (2013) Access and acceptability of community based services for older Greek migrants in Australia: user and provider perspectives. *Health and Social Care in the Community*.

	<p>Bildung auch noch mündlich vom Forschungsteam erklärt. Die Ethikkommission der Flinders Universität hat das Projekt genehmigt.</p> <p>Forschungsteam mit 2 Forscher griechischer Abstammung</p>		<p>von der Familie bedeutet, dass diejenigen ohne Familie noch viel vulnerabler sind wenn es darum geht weiterhin zuhause wohnen zu bleiben.</p>
--	--	--	--

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Hurley, C., Panagiotopoulos, G., Tsianikas, M., Newman, L. & Walker, R. (2013) Access and acceptability of community based services for older Greek migrants in Australia: user and provider perspectives. *Health and Social Care in the Community*.

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Eine Forschungsfrage ist nicht formuliert im Text. Die demografische Entwicklung und veränderte Nutzung der Gesundheitsdienste, sind Gründe für eine steigende Zahl an Migranten die im häuslichen Setting leben. Wie in mehreren Studien beschrieben wird, ist die Nutzung von ambulanten Diensten bei Menschen mit Migrationshintergrund deutlich geringer. Dies Aufgrund von Mangel an Wissen über die Dienste, Mangel an kultureller Sensibilität der Pflegenden, Pflege durch die Familie wird bevorzugt und Mangel an Übersetzungsdiensten. Auch diese Studie betont, dass die meiste bisherige Forschung aus dem Blickwinkel der Pflegenden betrieben wurde und nicht die Sicht der Betroffenen untersucht hat. Die Relevanz, Zweck und Hintergrund der Studie wird deutlich dargestellt</p>	<p>Die Datensammlung wurde mittels Interviews und Fokusgruppen gemacht. Dies ist die adäquate Methode um das angestrebte Ziel zu erreichen. Das Forschungsdesign wird im Text nicht erwähnt. Die Studie hat das Ziel der qualitativen Erforschung menschlichen Erlebens. Es wurden bewusst, Teilnehmer ausgewählt welche in Gemeindegruppen involviert waren und solche welche isolierter waren und deshalb wenige oder keine formellen Dienste nutzten. Der unterschiedliche Bildungsstand der Teilnehmer wird berücksichtigt und in einer Tabelle dargestellt. Die Stichprobengrösse ist angemessen für die Population und die Methode, wird jedoch nicht begründet. Das Setting und der Zugang zu den Teilnehmern wird erläutert Die älteren Teilnehmer sind alle Griechischem Ursprung, es wird jedoch nicht klar ersichtlich was für eine Beziehung sie zu Homecare Services habe, ob sie diese bereits nutzen und in welchem Ausmass. Die Vorgehensweise der Datensammlung wird nur knapp beschrieben. Ebenso die Datenanalyse. Es wird erklärt, dass sie Interviews transkribiert und mittels NVivo weiterverarbeitet wurden. Das Forschungsteam hat die Codierungen anhand eines von ihnen erstellten thematischen Rahmenkonzepts überprüft. Eine deskriptive Darstellung wurde angestrebt. Die Interviews mit den Dienstleistungsanbietern wurde vor den Interviews mit den älteren Griechen durchgeführt. Dies damit die Erfahrungen der Dienstleister mit den Erfahrungen der älteren Griechen überprüft und verglichen werden konnten. Somit konnte eine vertiefte Datensättigung erlangt werden. Die Datensammlung mittels der ausgewählten Population stimmt überein. Die Interviews wurden von einem griechischen Forscher vom Griechischen ins Englisch übersetzt, anschliessend wurde diese Übersetzung von einem zweiten Forscher überprüft. Datensammlung und Analyse wird nach den Rahmenbedingungen von Maxwell (1984) gemacht.</p>	<p>Die Ergebnisse sind das Resultat der transkribierten und codierten Interviews. Sie werden ausführlich beschrieben und mit Zitaten belegt. Die Ergebnisse widerspiegeln ein breites Bild an Themen welche die Stichprobe beschäftigt. Die Antworten werden in Kontext gesetzt mit den Lebensumständen und sind präzise. Auch werden beide Sichtweisen (Anbieter und Empfänger) separat dargestellt. Die Kategorien der Ergebnisse sind logisch aufgebaut und inhaltlich nachvollziehbar</p>	<p>Die Ausführungen im Diskussionsteil dienen der Verknüpfung der Ergebnisse mit bestehendem Wissen. Sie stellen Bezug her zu praktiziertem und machen Empfehlungen welche Veränderungen vorgenommen werden müssten. Die Studie trägt zu einem Wissensgewinn bei. Die Erkenntnisse werden mit erweiterter Literatur untermauert und diskutiert. Es werden konkrete Handlungsempfehlungen gemacht welche für die Pflege relevant sind. Zum Beispiel werden die Vorteile von Diversität im Pflorgeteam begründet. Die Studie stellt einen Zusammenhang zwischen Migration, Sprache und Bildungsstand her. Sie weisen darauf hin wie diese Aspekte in die Pflege integriert werden sollen. Die Ergebnisse lassen sich laut den Autoren auf andere Populationen übertragen.</p>

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Hurley, C., Panagiotopoulos, G., Tsianikas, M., Newman, L. & Walker, R. (2013) Access and acceptability of community based services for older Greek migrants in Australia: user and provider perspectives. *Health and Social Care in the Community*.

und auf weiter Literatur verwiesen.	Die analytischen Schritte werden beschrieben, es wird jedoch nur wenig auf die Rolle der Forscher und ihre Haltung eingegangen. Die Interviews wurden durch die Forscher selber durchgeführt. Es wird nicht erwähnt ob Feldnotizen gemacht wurden, die Interviews wurden jedoch aufgezeichnet. Es wird erwähnt, dass Angehörige und Partner bei den Interviews teilnahmen, was deren Rolle war wird jedoch nicht beschrieben. Die mögliche Beeinflussung welche die Angehörigen auf die Daten haben könnten, wird nicht erwähnt. Alles Informationsmaterial sowie die Einverständniserklärung wurde in Griechisch oder Englisch abgegeben. Bei Bildungsschwachen Teilnehmern wurden die Informationen mündlich erklärt. Ethische Richtlinien wurden eingehalten.		
-------------------------------------	--	--	--

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Hurley, C., Panagiotopoulos, G., Tsianikas, M., Newman, L. & Walker, R. (2013) Access and acceptability of community based services for older Greek migrants in Australia: user and provider perspectives. *Health and Social Care in the Community*.

Zusammenfassende Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985):

- Positives wird mit + und Negatives wird mit – gekennzeichnet
- Credibility (Glaubwürdigkeit): interne Validität, Suche nach Widersprüchen, Triangulation, Peer Debriefing
- Transferability (Übertragbarkeit) externe Validität, Praxisfähigkeit, Handfestigkeit, Verwendung von Zitaten
- Dependability (Zuverlässigkeit) Prozesse zuverlässig beschrieben, nachvollziehbar, Strategie
- Confirmability (Bestätigbarkeit) interne Stimmigkeit, Vergl. mit anderen Studien

+ Die Forscher sprachen die Sprache der Interviewten

+ Die Übersetzungen der Daten wurde durch eine zweite Person überprüft

+/- Angehörige waren bei den Interviews anwesend, deren Rolle jedoch nicht genau beschrieben

+ Die analytischen Schritte werden beschrieben und die Resultate mit Zitaten beschrieben

- es wird nur wenig auf die Rolle der Forscher und ihre Haltung eingegangen.

+ Eine Bewilligung durch die Ethikkommission lag vor

+ Der unterschiedliche Bildungsstand der Teilnehmer wird berücksichtigt und in einer Tabelle dargestellt

+ Die Autoren unterstützen die Übertragung der Daten auf eine andere Population

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009)

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Giuntoli, G. & Cattani, M. (2012) The experiences and expectations of care and support among older migrants in the UK *European Journal of Social Work*, 15(1), 131-147.

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage/ Zweck: Zweck der Studie: Unterschiede und Gemeinsamkeiten der verschiedenen Ethnien in Bezug auf Erwartungen an Pflege und Unterstützungsbedarf festzustellen. Die Relevanz von Kultursensible Praktiken zu untersuchen. Zugang und Akzeptanz von Pflege und Unterstützung der älteren Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur nationalen Mehrheit. Gehen der Frage nach ob verschieden Gemeinschaften, verschiedene kulturell-kompetente Interventionen benötigen. Die Studie hat erkannt, dass bei den Service Anbietern häufig eine Unsicherheit besteht in Bezug auf das Verständnis von Erfahrungen, Bedürfnissen und Vorlieben von älteren</p>	<p>Design: Qualitative Studie, systematischer narrativer Ansatz Sample: n= 167: 134 ältere Menschen & 33 Betreuer Alter: 25-90 8 Migrantengruppen: (Polen, Ukrainer, Italiener, Ungaren, Pakistani, Inder, Bangladescher, Afro- Karibische) Es wurden auch weisse Briten (n= 37) befragt um mögliche Unterschiede zu erkennen. Zugang zu der Population via „gatekeepers“ von verschiedenen Gemeinden wie z.B Moscheen oder Organisationen (carers organisation) Datenerhebung und Aufbereitung: Zu Beginn wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Anschliessend wurden 21 Fokusgruppen Interviews davon 12 mit älteren Migranten und 5 mit ihren Betreuern gemacht Anschliessend 53 Tiefeninterviews mit 38 älteren und 15 Betreuern. Systematischer, narrativer Ansatz 16 Übersetzer standen für diejenigen welche, nicht ausreichend Englisch sprachen, zur Verfügung diese erhielten gemeinsam mit dem Forschungsteam eine 2 tägige Schulung um ihre Rolle, Verantwortung, Forschungspraxis, Bedürfnisse und Erwartungen zu klären. Analyse: Alle Interviews wurden durch den ersten Autor geführt und durch einen professionellen Dienst transkribiert. Die Interviews wurden vom ersten Autor mittels dem elektronischem Software System Nvivo 7.0 geordnet, codiert und analysiert. Um die Validität zu Überprüfen, wurde eine Auswahl der Daten vom zweiten Autor codiert und verglichen. Ethik: Die ethische Zulassung wurde von der Faculty Research Ethics Committee der Metropolitan Universität in Leeds gegeben. Allen Teilnehmern wurde der Projektbeschreibung, sowie das Recht sich jederzeit Aufzuhören, schriftlich abgegeben. Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit sich an das Forschungsteam zu wenden, wenn sie einen Übersetzer kannten und die Befürchtung hatten, dies könnte die Vertraulichkeit des Interviews gefährden. Die</p>	<p>Abstrakte Erwartungen: Unabhängig von ihrem ethnischen Hintergrund wurden folgende Aspekte genannt bei denen befriedigende und stabile Beziehungen zur Pflege möglich waren: emotionale Bedürfnisse wie Kommunikation, Vertrauen, Würde, Reduktion von Einsamkeit. Der Dienstleister soll hoher Standard von bewährten Praktiken bieten. Pragmatische Erwartungen: Ergaben sich aus der Spezifizierung der „Abstrakten Erwartungen“ wie Z. B was es braucht um die Würde im Alter zu bewahren, was wichtig ist in der Kommunikation, sowie welche professionellen Praktiken besonders sensibel sind. Emotionale Bedürfnisse: Kommunikation: Fortwährender Dialog untereinander (Empfänger- Provider-Carer) um die individuellen Bedürfnisse</p>	<p>Die abstrakten Erwartungen waren unabhängig von kulturellem Hintergrund und Erfahrungen. Die meisten Unterschiede gab es bei den pragmatischen Erwartungen. Interessanterweise waren die Unterschiede jedoch nicht immer erklärbar durch kulturelle Hintergründe, sondern eher durch individuelle Eigenschaften und Lebenserfahrungen. Die Literatur über ältere Migranten hebt hervor, dass Fachpersonal und politische Entscheidungsträger die breiten kulturellen und individuellen Erwartungen von Migranten und ihren Betreuern anerkennen müssen. Bis heute besteht ein Defizit an Verständnis von kulturell begründeten, und den individuellen Erwartungen. Dieser Mangel an theoretischen Konzepten hat darin resultiert, dass die Wichtigkeit der kulturellen Faktoren oder die individuellen Unterschiede überbewertet werden. Dabei werden die Zusammenhänge der Beiden ignoriert. Ob und wie die unterschiedlichen Wissenssystem von älteren Migranten Auswirkungen auf ihre Erwartungen hat, sollte untersucht werden anstatt für gegeben</p>

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Giuntoli, G. & Cattani, M. (2012) The experiences and expectations of care and support among older migrants in the UK *European Journal of Social Work*, 15(1), 131-147.

<p>Menschen und ihren Betreuern Es gibt bis anhin wenig Wissen über die Unterschiede und Gemeinsamkeiten von älteren Migranten und der „Nationalen Mehrheit“ und wie die Erwartung an Dienstleistung abweichen</p> <p>Forschungsort: Bradford England eine nördliche Stadt mit einem hohen Ausländeranteil.</p> <p>Dienstleistung: Gesundheitsdienste, Sozialhilfe und andere. Bisherige Forschung hat sich nur auf bestimmte Bevölkerungsgruppen festgelegt.</p>	<p>informierte Zustimmung wurde von jedem Teilnehmer eingeholt. Das Einverständnis wurde jeweils eingeholt um das Interview auf Band aufzunehmen.</p>	<p>und Ansprüche zu kennen.</p>	<p>hingenommen zu werden.</p>
---	---	---------------------------------	-------------------------------

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Giuntoli, G. & Cattani, M. (2012) The experiences and expectations of care and support among older migrants in the UK *European Journal of Social Work*, 15(1), 131-147.

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie bezieht sich auf die soziale Arbeit, das Phänomen und das Setting lassen sich jedoch gut auf die Pflege übertragen.</p> <p>Die Relevanz der Thematik für die Pflege wird mit der demografischen Entwicklung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund begründet.</p> <p>Das Thema wird ausführlich beschrieben und die Relevanz begründet, dazu wird zahlreiche Literatur zitiert.</p> <p>Die zentralen Begriffe werden ausführlich erläutert.</p> <p>Der Forschungszweck wird deutlich.</p> <p>Die Forschungsfrage ist aus dem Text nicht ersichtlich.</p>	<p>Da das Erleben und die Erfahrungen beforscht wurden, ist ein qualitative Design die richtige Methode.</p> <p>Die Stichprobenmenge ist dem qualitativen Ansatz entsprechend ausreichend, um adäquate Aussagen machen zu können. Sie wird jedoch nicht begründet.</p> <p>Es wurde explizit eine heterogene Population angestrebt. Die verschiedenen Ethnien sind zu unterschiedlichen Anteilen vertreten. Dadurch lassen sich die Ergebnisse auch auf verschiedenen Populationen übertragen.</p> <p>Verschieden Populationen wurden zum Phänomen befragt, was die Glaubwürdigkeit verbessert.</p> <p>Das Setting und die Teilnehmer werden nicht ausführlich beschrieben. Die Herkunft und das Alter sind in einer Tabelle dargestellt. Über den sozialen Hintergrund der Teilnehmer, werden keine Aussagen gemacht.</p> <p>Es wurden bewusst Teilnehmer ausgewählt welche zur Zeit der Interviews Dienstleistung erhielten, oder früher erhielten oder noch nie in Kontakt waren mit Dienstleistungsanbietern.</p> <p>Der Prozess der Analyse, Synthese sowie die Kodierung der Daten wird ausführlich und nachvollziehbar erläutert.</p> <p>Den Teilnehmern wurden Übersetzer zur Verfügung gestellt.</p> <p>Die Forscher und die Übersetzer durchliefen gemeinsam ein 2 tägiges Training um ihre Rollen, Verantwortungen und Forschungspraktiken zu klären. Es wird genau beschrieben was mit dem Training angestrebt wurde. Dies verdeutlicht auch die Wichtigkeit und Sensibilität welche die Forscher dem Thema der „korrekten“ Übersetzung beigemessen haben.</p> <p>Die Teilnehmer wurden schriftlich über die das Projekt informiert. Unklar ist, in welcher Sprache dies geschah. Die Teilnehmer wurden darüber informiert, dass sie sich jederzeit aus der Studie zurückziehen konnten.</p> <p>Sie erhielten vor Beginn den Namen und eine Foto ihres Übersetzers, damit sie sich melden konnten falls sie ihn kannten und dies die Vertraulichkeit des Interviews gefährden konnte.</p>	<p>Die Ergebnisse geben ein Breites Bild ab. Die gebildeten Kategorien sind jeweils mit Zitaten belegt.</p> <p>Die Studie konnte trotz der heterogenen Population Gemeinsamkeiten bezüglich Erwartungen feststellen, welche sich übertragen lassen.</p> <p>Die Darstellung der Resultate ist übersichtlich und schlüssig.</p>	<p>Die Diskussion rundet das Bild der Ergebnisse ab und stellt Zusammenhänge her.</p> <p>Die Diskussion wird nur mit wenig weiterführender Literatur verdichtet.</p> <p>Die Erkenntnisse der Studie geben eine Breites Bild über die Erfahrungen und Erwartungen von älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Somit trägt die Studie dazu bei, die bestehende, geringe Forschungslücke in diesem Gebiet zu verkleinern.</p> <p>Die Diskussion bietet einige konkrete Empfehlungen für die Praxis. Diese lassen sich gut auf andere Länder, Setting und Populationen übertragen.</p> <p>Die Forscher zeigen die Limitationen ihrer Arbeit auf und machen Hinweise, wo weiteres Wissen nötig ist.</p>

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Giuntoli, G. & Cattani, M. (2012) The experiences and expectations of care and support among older migrants in the UK *European Journal of Social Work*, 15(1), 131-147.

	<p>Das methodische Vorgehen stimmt mit dem qualitativen Forschungsdesign überein. Auch ist der gewählte Ansatz logisch um das Forschungsziel zu erreichen.</p> <p>Die Datenanalyse wird klar beschrieben und ein Rahmenkonzept dazu referenziert.</p> <p>Die Glaubwürdigkeit der Datenanalyse wurde validiert, in dem der zweite Autor ein Teil der Interviews kodierte. Die Kodierungen wurden anschliessend miteinander verglichen um Abweichungen zu identifizieren und diese zu diskutieren. Es wurde nicht erwähnt weshalb nur ein Teil der Interviews vom zweiten Autor kodiert wurden. Auch wird nicht erläutert ob die Ergebnisse mit den Teilnehmern besprochen wurden, respektive Interpretationen verifiziert wurde.</p> <p>Die Bewilligung einer Ethikkommission lag vor. Eine schriftliche Einverständniserklärung wurde von allen Teilnehmern vor Beginn der Interviews unterzeichnet. Sie gaben auch das Einverständnis zur Aufzeichnung der Interviews.</p>		
--	---	--	--

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Lincoln/Guba (1985):

Positives wird mit + und Negatives wird mit – gekennzeichnet

+Der Prozess der Analyse, Synthese sowie die Kodierung der Daten wird ausführlich und nachvollziehbar erläutert.

+/-Die interne Validität der Studie wurde zum Teil durch den zweiten Autor überprüft.

+Ein Austausch über Diskrepanzen bei der Kodierung der Daten wird beschrieben.

+ Dank Triangulation der Datenerhebung wurde die Glaubwürdigkeit der Studie erhöht.

+/-Es wird nur wenig weitere Literatur verwendet um die Resultate zu Diskutieren. Die Ergebnisse werden jedoch kritisch diskutiert

+ Sorgfältiger Umgang mit den Schwierigkeiten die eine Übersetzung mit sich bringen konnte.

+ Eine Bewilligung der einer Ethikkommission lag vor

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo et al. (2009), da es sich um ein „single Studie“ handelt.

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Hovde, B., Hallberg, I.R. & Edberg, A. (2008) Older immigrants' experiences of their life situation in the context of receiving public care in Sweden.

The Authors. Journal compilation Blackwell Publishing Ltd

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage/ Zweck: Beleuchten die Erfahrungen und Lebenssituationen von älteren Migranten im Zusammenhang mit dem Nutzen von staatlichen Gesundheitsdiensten. Ziel der Studie war die unterschiedlichen Bedürfnisse der wachsenden Zahl an älteren Migranten zu erfassen. Mehr Wissen über ihre Erfahrungen, Lebensumstände, Gesundheit, Krankheit und Beziehungen in der Familie sind nötig wenn es darum geht Pflege vom Gesundheitswesen zu erhalten.</p>	<p>Design: deskriptive qualitatives Studiendesign. Halbstrukturiertes Interview Sample: 16 Immigranten nicht nordischem Ursprung. Älter als 65 aus 9 verschiedenen Ländern welche ständig Pflege erhalten. 8 Teilnehmer wurden aus einer andern Studie rekrutiert welche Teil einer nationalen Studie waren. Die andern 8 kamen aus der Gemeinde eines mittelgrossen Dorfes in Südschweden. Der Zugang zu den Teilnehmern wurde durch Mittelpersonen hergestellt. Datenerhebung und Aufbereitung: Die Interviews fanden zu Hause oder in speziellen Einrichtungen statt. Bei 7 Teilnehmern war ein Übersetzer vor Ort (Familienangehörige, Freunde oder jemand aus der Gemeinschaft). Bei zweien war der Partner anwesend. Notizen wurden während dem Interview gemacht, und alle Gespräche wurden aufgezeichnet sowie wörtlich transkribiert Analyse: Der transkribierte Text wurde auf offensichtliche und verborgene Inhalte analysiert. Die Analyse geschah in mehreren Schritten: der Text wurde gelesen, kondensiert und kodiert. Dies geschah durch den ersten und den letzten Autor unabhängig von einander. Anschliessend diskutierten sie ihre Codierungen und die Interpretationen. Ethik: Alle Teilnehmer erhielten mündliche und schriftliche Informationen, über das Ziel der Studie, bevor sie eingeschlossen wurden. Die Erläuterungen hoben die Freiwilligkeit und die Möglichkeit jederzeit aus der Studie auszusteigen hervor. Vertraulichkeit wurde zugesichert und die Interviews verschlüsselt um die Identität nicht preiszugeben. Das Ethikkomitee der Medizinischen Fakultät der Universität Lund gab ihr Einverständnis. Es wurden auch noch weitere Bewilligungen eingeholt.</p>	<p>Die Ergebnisse wurden in vier Kategorien dargestellt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geplagt von gesundheitlichen Problemen • Erfahrungen von schmerzlichem Verlust • Selbstständig belieben wollen • Gefühl von exponiert und verlassen sein 	<p>Für in Schweden geborene Menschen wird die öffentliche Unterstützung als selbstverständlich angenommen. Für Menschen mit Migrationshintergrund jedoch etwas dem man Dankbarkeit entgegen bringen soll oder sogar muss. Die schmerzhaften Lebensgeschichten rufen ein Gefühl der Entwurzelung und Heimatlosigkeit hervor. Dazu beigetragen haben geringe soziale Vernetzung. Auch andere Autoren haben dieses Phänomen aufgegriffen und erkennen dass die Patienten häufig auf ihre Geschichte Bezug nehmen, wenn sie über ihren Alltag, Gesundheit und Pflege berichten. Auch ist es für älteren Menschen wichtig ihre Lebensgeschichte erzählen zu können. Als ältere Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitssystem zu sein bedeutet auch exponiert und einsam zu sein. Dies vor allem im Zusammenhang mit eingeschränkten Sprachfähigkeiten. Durch die Sprachhürden können sie ihre Bedürfnisse und Gefühle nicht ausreichend ausdrücken, was sich auf den Inhalt und die Menge der Pflege die sie erhalten auswirkt.</p>

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Hovde, B., Hallberg, I.R. & Edberg, A. (2008) Older immigrants' experiences of their life situation in the context of receiving public care in Sweden.

The Authors. Journal compilation Blackwell Publishing Ltd

			Für die meisten Menschen ist es wichtig Eigenständig leben zu können sowie nicht zur Last zu fallen. Für Menschen die nicht die Kraft oder die Fähigkeiten haben dies zu tun, ist es deshalb wichtig die Familie in der Nähe zu haben, die ungefragt Unterstützung bieten.
--	--	--	--

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Hovde, B., Hallberg, I.R. & Edberg, A. (2008) Older immigrants' experiences of their life situation in the context of receiving public care in Sweden.

The Authors. Journal compilation Blackwell Publishing Ltd

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Der Hintergrund und die Demographie die zu dem erforschten Phänomen führt, wird ausführlich beschrieben und mit weiterer Literatur untermauert.</p> <p>Es wird ein Bezug zur Pflege und dem Gesundheitswesen hergestellt.</p> <p>Das Ziel der Studie wird klar formuliert, die Forschungsfrage ist jedoch nicht im Text zu finden.</p>	<p>Ein deskriptives, qualitatives Design wurde gewählt um die Erfahrungen der Menschen mit Migrationshintergrund zu beschreiben. Gleichzeitig wird auch auf die Forschungslücke hingewiesen und damit explizit die Erforschung von Erfahrungen gerechtfertigt.</p> <p>Um eine Breite in den Daten zu erreichen wurden bewusst Teilnehmer mit verschiedenen ethnischen Hintergründen eingeschlossen. Ebenfalls sollten alle Teilnehmer permanent Pflege erhalten.</p> <p>Die Stichprobengrösse ist mit 18 Teilnehmern für eine qualitative Forschung angemessen. Es wird jedoch nicht begründet weshalb diese Zahl gewählt wurde.</p> <p>Es ist eine heterogene Population gewählt worden, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf eine homogene Population limitiert.</p> <p>Detaillierte Informationen über die Population wird in einer Tabelle dargestellt.</p> <p>Dadurch dass alle Teilnehmer bereits ambulante, rehabilitative oder stationäre Pflege erhielten scheinen sie geeignet um an der Studie teilzunehmen.</p> <p>Das Setting und die Durchführungsweise der Interviews wird beschrieben. Es werden Beispiele für die Fragetechniken gemacht und betont, dass versucht wurde die Lebenswelt der Teilnehmer genau zu verstehen.</p> <p>Bei Teilnehmern mit Sprachschwierigkeiten wurden Familienmitglieder, Freunde oder Angestellte eingesetzt um zu übersetzen. Dies kann als negativ gewertet werden da es die Aussagekraft verzerren kann, wenn die Übersetzer vertraut mit</p>	<p>Die Resultate werden in 4 übersichtlichen Kategorien dargestellt. Welche sich inhaltlich unterscheiden und auf verschiedene Problembereiche fokussieren.</p> <p>Die Aussagen der Autoren werden mit Zitaten der Teilnehmer untermauert. Es werden bereits im Resultateteil Interpretationen gemacht.</p> <p>Die Reichhaltigkeit der Daten scheint relativ breit.</p> <p>.</p>	<p>Die Interpretationen der Resultate helfen den Kontext zu verstehen und ein Praxisbezug herstellen zu können.</p> <p>Die Resultate wurden mit einiger weiterer Literatur gestützt.</p> <p>Der Diskussionsteil betont die Wichtigkeit der Biografie der Migranten ebenso wie die Sprachproblematik. Sie machen zwar einen Bezug zum Pflegealltag, dieser fällt jedoch eher knapp aus.</p> <p>Die Erkenntnisse helfen die Lebenswelt der Migranten besser zu verstehen und stellen daher einen Wissensgewinn dar. Die Ergebnisse beantworten das Ziel der Forschung sind jedoch nicht abschliessend beantwortet.</p> <p>Die Schlussfolgerungen fassen nochmals die Ergebnisse zusammen und machen knappe Praxisrelevante Empfehlungen.</p> <p>Es gibt keine Hinweise wo weitere Forschung nötig wäre. Es werden keine Angaben bezüglich der Übertragbarkeit auf andere Populationen, Settings etc gemacht.</p>

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Hovde, B., Hallberg, I.R. & Edberg, A. (2008) Older immigrants' experiences of their life situation in the context of receiving public care in Sweden.

The Authors. Journal compilation Blackwell Publishing Ltd

	<p>den Teilnehmern sind.</p> <p>Fragen und Wörter wurden auf verschiedene Weisen ausgedrückt wenn der Verdacht bestand, dass der Teilnehmer sie nicht richtig verstanden hat. Manchmal mussten jedoch ganze Fragen weggelassen werden. Es wird nicht erläutert wie oft dies passierte und in welcher Weise dies Einfluss auf die Resultate hat.</p> <p>Alle Teilnehmer erhielten mündliche und schriftliche Informationen über den Zweck der Studie bevor sie zusagten.</p> <p>Es wurden während den Interviews Notizen gemacht sowie alle Interviews aufgenommen.</p> <p>Der transkribierte Text wurde nach manifesten und latenten Inhalten analysiert. Es wird erklärt weshalb dies wichtig ist.</p> <p>Die Schritte der Kondensierung und Kodierung werden beschrieben, ebenso wer dabei beteiligt war. Der erste und der letzte Autor verglichen ihre Analysen.</p> <p>Die Forscher waren sich den Gefahren und Limitation bewusst, welche Interviews in unterschiedlichen Sprachen mit sich brachten. Auch wird die Datendichte reduziert durch die eingeschränkten Sprachkenntnisse, die Teilnehmer können nicht so viel von sich aus erzählen, wie sie dies in ihrer Muttersprache könnten.</p> <p>Dadurch dass zum Teil Pflegende der Teilnehmer als Übersetzer beigezogen wurde, könnte es zu ungenauen oder verzerrten Aussagen gekommen sein.</p> <p>Die Teilnehmer konnten die Übersetzer selber auswählen, was das Vertrauen bezgl dem Interview verstärkt haben könnte.</p> <p>Die Sprachhürden könnten zu falschen Interpretationen und Missverständnissen geführt haben. Dies wurden jedoch</p>		
--	--	--	--

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Hovde, B., Hallberg, I.R. & Edberg, A. (2008) Older immigrants' experiences of their life situation in the context of receiving public care in Sweden.

The Authors. Journal compilation Blackwell Publishing Ltd

	<p>vermindert da bei der Analyse die Notizen beigezogen wurden, welche halfen die Interpretationen der Aussagen zu erhärten.</p> <p>Die Forscher waren sich der Vulnerabilität der Teilnehmer bewusst und dass sie durch bestimmte Fragen über erlebtes, mögliche negative Gefühle triggern konnten. Sie erlaubten den Teilnehmer diese Fragen nicht zu beantworten, was zu Fehlen von Daten führen kann.</p> <p>Die Freiwilligkeit wurde betont und die Möglichkeit jederzeit aus der Studie zurückzutreten. Datenschutz wurde zugesichert. Dazu wurden die transkribierten Interviews mit Kodes versehen. Alle Teilnehmer unterschrieben eine Einverständniserklärung.</p> <p>Die Bewilligung einer Ethikkommission war vorhanden. Genehmigungen wurden von den Bürgermeister der jeweiligen Gemeinden eingeholt. Die Studie wurde nach den Richtlinien der World Medical Association Declaration of Helsinki durchgeführt.</p> <p>Negative zu erwähnen ist, dass Angehörige als Übersetzer eingesetzt wurden. Dies gefährdet die Neutralität der Aussagen und Interpretationen.</p>		
--	--	--	--

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Hovde, B., Hallberg, I.R. & Edberg, A. (2008) Older immigrants' experiences of their life situation in the context of receiving public care in Sweden.

The Authors. Journal compilation Blackwell Publishing Ltd

Güte/ Evidenzlage:

Zusammenfassende Gesamteinschätzung:

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985):

Positives wird mit + und Negatives wird mit – gekennzeichnet

- + Die Heterogenität der Population wurde bewusst angestrebt um die Bandbreite an Erkenntnissen zu vergrößern
- + Eine Bewilligung der Ethikkommission wurde eingeholt
- + Die Datenanalyse wird detailliert dargestellt und mit Referenzen belegt.
- + Der Erste und der Letzte Autor nahmen unabhängig von einander die Kodierungen vor, anschliessend verglichen sie ihre Analysen.
- + Die Ergebnisse werden mit Zitaten der Teilnehmenden untermauert
- Negative zu erwähnen ist dass Angehörige als Übersetzt eingesetzt wurden. Dies gefährdet die Neutralität der Aussagen und Interpretationen.
- Zum Teil wurden Pflegende als Übersetzende beigezogen was zu ungenauen oder verzerrten Aussagen geführt haben kann.
- + Die Autoren erwähnen die Probleme welche die Kommunikationshürden mit sich bringen konnten.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo (2009), da es sich um ein „single Studie“ handelt, das heisst eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Brämberg, E. B., Nystöm, M. & Dahlberg, K Patient participation (2010): A qualitative study of immigrant women and their experiences .international journal of qualitative studies on health and wellbeing.

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage: Was bedeutet für Menschen mit Migrationshintergrund das Beteiligt sein an der Pflege im schwedischen Gesundheitswesen?</p> <p>Zweck: Die Erfahrungen von Frauen mit Migrationshintergrund in Bezug auf Hindernissen und Möglichkeiten im involviert sein in die eigene Pflege als Patientin im schwedischen Gesundheitssystem.</p> <p>Dies mit dem Hintergrund, dass die Patientinnen nur begrenzt Schwedisch können und dadurch nicht die gleiche Sprache wie ihre Pfleger sprechen.</p> <p>Pflegende sind verantwortlich dafür dass die Patienten Informationen erhalten damit sie sich eine Meinung bilden können und bei Entscheidungen mitbeteiligt sein können.</p>	<p>Design: Phänomenologischer Ansatz um die Lebenswelt zu verstehen</p> <p>Sample: Einschlusskriterien waren: Männer und Frauen ab 18 Jahren mit häuslicher Pflege Ausschlusskriterien: Forensisch- psychiatrische Betreuung oder schwere psychische Erkrankung. Kein Mann wollte teilnehmen, Dafür 8 Frauen im Alter zwischen 54 und 89 waren einverstanden interviewt zu werden. Die Teilnehmerinnen stammten aus Osteuropa und der Region des mittleren Ostens. Nur eine Frau sprach Schwedisch, jedoch mit Schwierigkeiten. Die Sammlung der Daten war abhängig von einem Dolmetscher, 5 Übersetzer wurden für 7 Interviews gebraucht.</p> <p>Datenerhebung und Aufbereitung: Die Interviews fanden Zuhause bei den Teilnehmern statt und wurde durch den ersten Autor durchgeführt. Die Interviews wurden mittels eines Dialoges geführt und die Teilnehmer wurden aufgefordert offen über ihrer Erfahrungen zu sprechen. Die erste Frage war wie sie generell den Besuch von einem Pflege Team bei sich Zuhause erleben. Die 30-60 minütigen Gespräche wurden aufgezeichnet und anschliessend wörtlich transkribiert.</p> <p>Analyse: Die Analyse der Daten wurde nach Dahlberg et al. (2008) gemacht. Kategorien wurden aus dem Inhalt der Interviews gebildet. Es wurde versucht die individuellen Aussagen weiterhin zu berücksichtigen und doch einen gemeinsamen Nenner von drei Resultaten Blöcken zu finden.</p> <p>Ethik: Das Forschungsdesign wurde vom Ethikkomitee der Universität Göteborg genehmigt. Aufgrund der Sprachhürden war es nicht immer möglich den Forschungsplan genau zu befolgen, so wie dieser genehmigt wurde. Zum Beispiel verstanden die</p>	<p>Die Teilnahme am Pflegeprozess wurde als ungenügend beschrieben, was nichts über die Gesundheitsversorgung aussagt, sondern mehr die generelle mangelhafte Teilnahme an der schwedischen Gesellschaft widerspiegelt. Geringe Beteiligung an der Gesellschaft wird deutlich wenn gesundheitliche Probleme auftreten. Für Patienten bedeutet beteiligt sein, der Fokus der Pflege zu sein, angehört und ernst genommen zu werden. Für Menschen mit Migrationshintergrund bedeutet dies speziell die Möglichkeit zu erhalten sich auszudrücken und dass die Betreuer sich versichern den Inhalt der Nachricht auch verstanden zu haben 3 Kategorien von Resultaten wurden gebildet.</p>	<p>Patienten passen sich dem vorgegeben Pflegesystem an, ohne Ansprüche an die Verantwortung der Pflegenden zu stellen, ihr Leiden zu lindern.</p> <p>Patienten die nicht die gleiche Sprache wie die Pflegenden und die Gesellschaft um sie sprechen, sind extrem vulnerabel im Gesundheitssystem</p> <p>In dem den Patienten die Beteiligung an der Pflege verweigert wird, tragen die Pflegenden zu einem existentiellen Gefühl von Einsamkeit mit bei.</p> <p>Die Konsequenz daraus ist, dass die Patienten einen Übersetzer brauchen damit die Isolation durchbrochen werden kann und sie in Kontakt treten können mit den Pflegenden.</p>

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Brämberg, E. B., Nystöm, M. & Dahlberg, K Patient participation (2010): A qualitative study of immigrant women and their experiences .international journal of qualitative studies on health and wellbeing.

Die Mitbeteiligung am Pflegeprozess wurde bis anhin nicht aus dem Blickwinkel von Menschen mit Migrationshintergrund erforscht.	Teilnehmer die schriftlichen Informationen nicht, wurden diese mündlich erklärt. Sie wurden über für die freiwillige Teilnahme und der Möglichkeit jederzeit aus der Studie zurückzutreten informiert. Den Teilnehmer wurde Vertraulichkeit zugesichert und dass die Interviews nur als Daten in der Studie verwendet werden. Von allen Beteiligten wurde eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt.		
---	--	--	--

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Brämberg, E. B., Nystöm, M. & Dahlberg, K Patient participation (2010): A qualitative study of immigrant women and their experiences .international journal of qualitative studies on health and wellbeing.

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Es wird ein Bezug und die Wichtigkeit hergestellt vom Phänomen zur Pflege. Dies wird mit Literatur begründet.</p> <p>Die Forschungslücke wird aufgezeigt.</p> <p>Die Forschungsfrage und das Ziel sind klar formuliert.</p> <p>Die Signifikanz der Arbeit ist erläutert</p>	<p>Der phänomenologische Ansatz scheint richtig gewählt da das Erleben des Phänomens der Teilnehmer im Zentrum steht. Die Lebenswelt der Teilnehmer wird verstanden werden. Dieser Ansatz gestattet dem Forscher auch ein Teil der Forschung zu sein.</p> <p>Es wird nicht klar wie die Teilnehmer ausgewählt wurden, respektive wie der Zugang zu ihnen geschaffen wurde. Der genaue ethnische Hintergrund der Teilnehmerinnen ist nicht klar.</p> <p>Es ist unklar welche Teilnehmerzahl angestrebt wurde. Es nahmen jedoch nur Frauen teil obwohl auch Männer angefragt wurden.</p> <p>Die Grösse der Stichprobe wird nicht begründet. Ist jedoch ausreichend für das Design. Es wird nicht erwähnt was die Überlegungen bezüglich Heterogenität der Gruppe waren.</p> <p>Über den ethnischen und sozialen Hintergrund der Teilnehmerinnen wird generell nur sehr wenig preisgegeben.</p> <p>Das Setting bezieht sich auf die häusliche Pflege und alle Interviews fanden bei den Teilnehmern Zuhause statt.</p> <p>Es wird nicht deutlich erwähnt ob die Teilnehmer geeignet sind um die Forschungsfrage und das Phänomen zu beantworten. Sie erhalten jedoch alle häusliche Pflege. Nur eine Teilnehmerin sprach etwas Schwedisch.</p> <p>Die Vorgehensweise ist erläutert. Die Einstiegsfrage wurde formuliert. Danach wurden die Teilnehmer ermutigt, weiter zu erzählen. Über die weiteren Fragen oder Konzept der Frage gibt es keine Informationen.</p> <p>Es wird erläutert wo und wie das Interview stattgefunden hat. Die Interviews wurden alle vom ersten Autor durchgeführt. Die</p>	<p>Zur Darstellung der Ergebnisse wurden drei Kategorien gebildet. Die Ergebnisse werden mit Zitaten erörtert. Es wird bereits im Resultateteil Bezug zum Pflegealltag gemacht und Rückschlüsse gezogen.</p>	<p>Es wird aufgezeigt, dass eine Patienten zentrierte Pflege nötig ist um die vulnerable Population adäquat zu betreuen.</p> <p>Die Wichtigkeit des Einbezuges eines Übersetzers wird mit der Studie begründet. Sie zeigen auch auf wo die Verantwortung der Pflegenden liegen.</p> <p>Die Aussagen werden mit weiter Literatur untermauert.</p> <p>Es gibt kein separates Kapitel mit Schlussfolgerungen. Diese wurden zum Teil in den Resultateteil sowie in den Diskussionsteil eingefügt.</p> <p>Zum Schluss der Studie werden 5 Punkte zur Implikation in die Pflege aufgelistet. Diese reflektieren die Ergebnisse.</p> <p>Die Limitation der Übertragbarkeit auf beide Geschlechter wird von den Autoren selber erwähnt. Auch die Limitation der Datentiefe wird erwähnt, welche durch die Übersetzungssituation möglicherweise verringert war</p>

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Brämberg, E. B., Nystöm, M. & Dahlberg, K Patient participation (2010): A qualitative study of immigrant women and their experiences .international journal of qualitative studies on health and wellbeing.

	<p>Übersetzer wurden sorgfältig ausgewählt.</p> <p>Die Datensättigung wird nur insofern erläutert, dass sie erklären wie sie die Teilnehmer aufgefordert haben mehr zu erklären oder zu vertiefen.</p> <p>Auf die Selbstbestimmung der Teilnehmer wird nicht Bezug genommen. Ebenso ist unklar wie die Forscher philosophische Aspekte sehen. Ihr Standpunkt als Forschende wird nicht ersichtlich</p> <p>Die Analyse der Daten wird kurz beschrieben sowie eine Referenz gemacht.</p> <p>Es wird erläutert, dass Wert darauf gelegt wurde dass die individuellen Bedeutungen der Aussagen in den drei gebildeten Kategorien nicht verloren gingen.</p> <p>Es wird nicht ersichtlich in wie weit die Glaubwürdigkeit der Analyse gesichert wurde. Die Autoren erwähnen zwar „trustworthiness“ und bringen es in Beziehung mit dem phänomenologischen Ansatz, sie erklären jedoch nicht was dies für ihre Studie konkret bedeutet hat.</p> <p>Die Autoren nehmen Bezug zur Übertragbarkeit und verweisen auf die beschriebenen Kapitel wie Teilnehmer, Daten Kollektion und Analyse etc. Es lassen sich daraus nur wenige Informationen und Rückschlüsse ziehen.</p> <p>Es wird nicht erwähnt ob Feldnotizen gemacht wurden. Die Interviews wurden aber alle aufgenommen.</p> <p>Die Autoren erläutern, dass es wichtig wäre die Zahl der Übersetzer möglichst gering zu halten um die Zuverlässigkeit der Daten zu verbessern. Dies war jedoch aufgrund der unterschiedlichen Sprachen der Teilnehmer nicht möglich.</p>		
--	--	--	--

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Brämberg, E. B., Nystöm, M. & Dahlberg, K Patient participation (2010): A qualitative study of immigrant women and their experiences .international journal of qualitative studies on health and wellbeing.

	<p>Die Autoren heben hervor, dass die Übersetzer autorisiert und erfahren waren und bereits Übersetzungen im Gesundheitswesen gemacht hatten. Sie zeigen auf, dass sie vorsichtig mit dem Thema Dolmetschen umgegangen sind und zeigen auch die Limitationen auf welche eine Übersetzung mit sich bringt</p> <p>Es wird nicht auf ihre Rolle als Übersetzer eingegangen und wie sehr sie involviert waren. Auch wird nicht erwähnt ob sie anschliessend in der Datenanalyse nochmals beigezogen wurden um Interpretationen zu vermeiden.</p> <p>Eine Bewilligung der Ethikkommission wurde eingeholt. Sie sagen jedoch, dass sie aufgrund von Sprachschwierigkeiten nicht immer exakt dem genehmigten Plan folgen konnten.</p> <p>Die Einverständniserklärung wurde vom Übersetzer erklärt, ebenso ihr Recht jederzeit aus der Studie auszusteigen. Auch wurde den Teilnehmer Vertraulichkeit zugesichert.</p> <p>Anschliessend an die mündliche Information, wurde die Einverständniserklärung von den Teilnehmern unterschrieben.</p> <p>Die Autoren erläutern die Finanzierung der Studie und betonen, dass dies kein Einfluss auf Durchführung der Studie hatte.</p> <p>Ein Interessenskonflikt wird nicht erwähnt.</p>		
--	---	--	--

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Brämberg, E. B., Nystöm, M. & Dahlberg, K Patient participation (2010): A qualitative study of immigrant women and their experiences .international journal of qualitative studies on health and wellbeing.

Güte/ Evidenzlage:

Zusammenfassende Gesamteinschätzung:

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985):

Positives wird mit + und Negatives wird mit – gekennzeichnet

- Credibility (Glaubwürdigkeit): intere Validität, Suche nach Widersprüchen, Triangulation, Peer Debriefing
- Transferability (Übertragbarkeit) externe Validität, Praxisfähigkeit, Handfestigkeit, Verwendung von Zitaten
- Dependability (Zuverlässigkeit) Prozesse zuverlässig beschrieben, nachvollziehbar, Strategie
- Confirmability (Bestätigbarkeit) interen Stimmigkeit, Vergl mit anderen Studien

+ Die Bewilligung einer Ethikkommission lag vor

+ Die Forschenden zeigen ihre Überlegungen auf und begründen die Wahl Design, Methode und Analyseverfahren

+ Die Datenanalyse wird als zuverlässig erläutert

+Die Lücken in den Daten welche durch die Übersetzung der Interviews entstanden sein könnten, wurden thematisiert

+ Die Limitationen der Studie werden aufgezeigt

- Die Übertragbarkeit auf das andere Geschlecht ist fraglich, da keine Männer an der Studie teilnahmen

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo (2009), da es sich um ein „single Studie“ handelt, das heisst eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Brämberg, E. B., Nystöm, M. & Dahlberg, K Patient participation (2010): A qualitative study of immigrant women and their experiences .international journal of qualitative studies on health and wellbeing.

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage/ Zweck: Ziel der Studie war die Erfahrungen von älteren Menschen aus ethnischen Minderheiten, welche in Norwegen alt geworden sind, im Bezug auf Gesundheit und Pflege zu untersuchen. Es wurden Studien aus der Sicht der Pflegenden durchgeführt welche zeigten dass Sprachbarrieren bei Menschen mit Migrationshintergrund das Haupthindernis für den Zugang zum Gesundheitswesen ist. Die Pflegenden sagten, dass viele ältere Menschen mit Migrationshintergrund nur die Sprache von ihrem Herkunftsland sprechen. Nichts destotrotz werden selten professionelle Dolmetscher in die Pflege miteinbezogen. Es gibt nur wenige Studien welche die Sicht der Patienten in Bezug auf Gesundheit und Pflege in den nordischen</p>	<p>Design: Exploratives, deskriptives Design mit einem grounded theory Ansatz Sample: 15 Interviews mit Menschen von 9 verschiedenen ethnischen Hintergründen, im Alter von 63 bis 83. 7 Frauen und 2 Männer Die Migrationsgründe waren Flucht vor Krieg, politische oder religiöse Gründe Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einwanderer aus einem nicht- westlichen Land d.h Asien, Afrika, Süd- oder Lateinamerika und europäische Länder ausserhalb der EU/ Europäischer Wirtschaftsraum. • Älter als 60 • Fähig die Norwegische Sprache zu verstehen und zu sprechen • Niederlassungsbewilligung in der Wohngemeinde • Erfahrung mit Krankheit <p>Datenerhebung und Aufbereitung: Gesamthaft wurden 15 Interviews durchgeführt. Geplant war mit allen Teilnehmender zwei Interviews durchzuführen, was jedoch aufgrund von plötzlicher Erkrankung von zwei Teilnehmern nicht möglich war. Ein Teilnehmer wollte nicht ein zweites Mal interviewt werden da er das Gefühl hatte bereits beim erstem Mal alles gesagt zu haben. Die Interviews dauerten ca 90 Minuten beim ersten und eine Stunde beim zweiten. Alle Interviews wurden bei den Teilnehmern zuhause gemacht, im Beisein eines Familien- Mitglieds</p>	<p>Das wichtigste ist der Einbezug der Familie da sie als einzige, mögliche Lösung angesehen wird. Angst, Misstrauen, Sprachbarrieren und das Bevorzugen von Familienangehörigen als Pflegende sind die Gründe dafür. Aufgrund kultureller Regeln wird vorausgesetzt, dass die jüngere Generation sich um die Älteren kümmert. Was wiederum ein Gefühl der Abhängigkeit und Last auslöst.</p> <p>4 Kategorien: Eingebettet sein in die Familie im (während Veränderungen)Übergang (Transition) Beschreibt die Schwierigkeit und Hauptbefürchtung in von der Familie betreut zu werden in der Zeit von Veränderungen. Älter werden, veränderter Gesundheitszustand und den Bedarf an Pflege und Hilfe im Alltag. Obwohl alle Teilnehmer Kenntnisse von geriatrischen Pflegeangeboten und häuslicher Pflege hatten, konnten oder wollten sie solche Angebote nicht nutzen. Dies aus kulturellen und sprachlichen Gründen. Begrenzte soziale und sprachliche Fähigkeiten wurden als grosses Hindernis beschrieben in der Interaktion mit Menschen ausserhalb der Familie. Rückzug (Withdrawl) aus der neuen Gesellschaft Beschrieben wurden Gefühle der Angst und Misstrauen gegenüber Fremden und</p>	<p>Umgeben von der eigenen Familie zu sein, war der wichtigste Aspekt der Studie. Dabei wird von der jüngeren Generation erwartet sich um die Älteren zu kümmern. Diese Erwartungen führen jedoch im neuen, westlichen Heimatland zu einem Gefühl von eine Last zu sein. Sowie zu Einsamkeit. Die Teilnehmer betonten, dass das Pflegepersonal Respektvoll, interessiert, zuhörend, und empathisch sein müsste, damit sie überhaupt Gebrauch machen würden von gemeindenaher Pflege. Bei der Pflege von Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund ist es Wichtigkeit stereotypes Denken zu vermeiden. Dies wird in mehreren Studien hervorgehoben. Wissen über verschieden kulturelle Praktiken und Traditionen reichen nicht aus um grundlegende Pflegefähigkeiten zu entwickeln. Viele Studien berichten über Sprachbarrieren als Hinderungsgrund um gemeindenahe Pflege überhaupt in Anspruch zu nehmen. Die Komplexität und Wissensdefizite über das norwegische Gesundheitssystem, werden durch die Sprachschwierigkeiten verstärkt. Um Sprachbarrieren zu umgehen</p>

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Brämberg, E. B., Nystöm, M. & Dahlberg, K Patient participation (2010): A qualitative study of immigrant women and their experiences .international journal of qualitative studies on health and wellbeing.

<p>Ländern untersuchen.</p>	<p>oder andern wichtigen Personen. Alle Interviews wurden auf Norwegisch gemacht und zum Teil in Englisch bei Verständigungsschwierigkeiten. Es wurden alle Interviews aufgezeichnet und anschliessend vom ersten Autor wörtlich transkribiert. Analyse: Daten Erhebung und Analyse erfolgte gleichzeitig und mit der Vergleichsmethode. In einem Prozess der systematischen Codierung wurden Kategorien gebildet die immer überprüft und verfeinert wurden. Während dem ganzen Prozess wurden vom ersten Autor Gedanken und theoretischen Notizen gemacht um den Prozess der Abstraktion und Konzeptualisierung zu fördern. Um die Validität der Resultate zu erhöhen arbeiteten die Forscher eng zusammen. Ethik: Die Studie wurde vom regionalen Ethikkomitee für medizinische Forschung in Norwegen genehmigt und nach den Richtlinien International Council of Nurses für Pflegeforschung durchgeführt. Diese schliessen Datenschutz, Freiwilligkeit und die Integrität der Teilnehmer mit ein. Alle Teilnehmer wurden schriftlich und mündlich über das Projekt informiert und unterschrieben eine Einverständniserklärung bevor die Datensammlung begann.</p>	<p>ausserhalb der eigenen Wohnung. In bekanntem Umfeld finden sie Sicherheit, Anerkennung und Befriedigung. Deshalb wir nur in der eigenen Kultur Austausch gesucht. Die geringe Fähigkeit Norwegisch zu sprechen wurde als grosses Hindernis für die Interaktion mit andern Menschen beschrieben.</p> <p>Beschreibt die Abhängigkeit von jüngeren Generationen. Als Goldene Regel wird vorausgesetzt, dass sie die jüngere Generation um die ältere kümmert. Gleichzeitig sind sie sich der physischen und psychischen Belastung bewusst welches dies für die pflegenden Angehörigen mit sich brachte. Vor allem auch da die jüngere Angehörigen in Norwegen aufgewachsen sind und mehr den landesüblichen Lebensstil pflegten. Was bedeutet, dass auch die Frauen arbeiten oder studieren. Weitere Gründe sich aus kulturellen Aspekten nur auf die Familie nicht auf Hilfe des Gesundheitssystems zu verlassen, sind die Sprachschwierigkeiten und die Erfahrungen von Zeitmangel von Pflegefachpersonen. Die Teilnehmer fanden auch, dass Pflegefachpersonen zu wenig Verständnis und Wissen über die Ursprungskultur hatten. Sie erwarten von den Pflegenden, dass sie höflich, Respektvoll und gewillt sein sollen zu zuhören um die Lebensgeschichten und Konsequenzen der Migration zu verstehen. Weiter wurde erwähnt, dass das Gesundheitspersonal konstant zu dem</p>	<p>werden häufig Familienmitglieder als Übersetzer eingesetzt. Pflegende und Ärzte sollen geschult werden in der Zusammenarbeit mit professionellen Dolmetschern. Familien- zentrierte Pflege verbessert die Pflege von Migranten.</p>
-----------------------------	--	--	--

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Brämberg, E. B., Nystöm, M. & Dahlberg, K Patient participation (2010): A qualitative study of immigrant women and their experiences .international journal of qualitative studies on health and wellbeing.

		jüngeren Familienmitglied sprach. Bewusstsein, einen hohen Preis zu zahlen. Grosser Verlust und Schwierigkeiten die die Migration mit sich brachte. Verlust von Beziehungen und ganzen Kulturen. Es wurde betont dass die Migration aus Uneigennützigen Gründen geschah, nämlich für die Kinder und Enkelkinder.	
--	--	--	--

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Brämberg, E. B., Nystöm, M. & Dahlberg, K Patient participation (2010): A qualitative study of immigrant women and their experiences .international journal of qualitative studies on health and wellbeing.

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beschreibt eine Forschungslücke. Die meisten Studien zu dem Phänomen wurden bisher nur aus der Sicht der Pflegenden beschrieben.</p> <p>Wichtige Fragen die für die Pflege relevant sind werden damit beantwortet.</p> <p>Sie beschreiben die demographischen Veränderungen der letzten Jahre, welche Auswirkungen haben auf die zukünftige Pflege-Population.</p> <p>Das Ziel der Studie wird klar formuliert. Die Forschungsfrage geht nicht aus dem Text hervor.</p> <p>Der Einführungsteil wird knapp gehalten, es wird einige Literatur zitiert welche die Forschungslücke begründen, da sie aus anderer Perspektive durchgeführt wurden oder</p>	<p>Die Grounded Theory eignet sich um Daten zu erheben die, die Erfahrungen aus Sicht der Betroffenen, beschreiben.</p> <p>Da die Grounded Theory eine möglichst breites Spektrum des Phänomens beschreiben will, scheint die vorhanden heterogene Gruppe geeignet.</p> <p>Interviews wurden solange durchgeführt bis eine Datensättigung erreicht wurde, was der Grounded Theory entspricht.</p> <p>Sie beschreiben die Rekrutierung als schwierig. Auch weisen sie darauf hin, dass eine Fokussierung auf eine Ethnie aufgrund der geringen Zahl an Teilnehmern nicht möglich war. Das Setting wird aufgezeigt. Es wird kurz beschrieben welchen Bezug die Teilnehmer zum Norwegischen Gesundheitssystem haben. Nur 2 Personen erhielten professionelle Hilfe und Pflege Zuhause. Alle Teilnehmer erhielten jedoch Unterstützung von ihren Angehörigen.</p> <p>Die Autoren weisen darauf hin, dass die eine Übertragbarkeit der Resultate auf eine spezifische Ethnie mit Vorsicht gemacht werden muss. Sie bezeichnen die heterogen Gruppe ihrer Interviewten als Limitation der Studie</p> <p>Geplant waren zwei Interviews mit allen Teilnehmern durchzuführen. Dies konnte jedoch nicht gemacht werden, die Gründe dafür werden ausgeführt. Es wird auch erwähnt, dass ein Teilnehmer sich nach dem ersten Interview nicht mehr bereit erklärte ein zweites mitzumachen.</p> <p>Das Vorgehen der Datenerhebung wird beschrieben. Alle Interviews fanden auf Norwegisch oder zum Teil Englisch statt. Angehörige der Teilnehmern waren mit anwesend und übersetzten wenn nötig. Was als negativer Aspekt gewertet werden kann da dies zu einer Verzerrung der Daten respektive</p>	<p>Die Ergebnisse wurden in eine Haupt- und drei Unterkategorien aufgeteilt. Der Kategorien haben unterschiedliche Schwerpunkte und Inhalte und spiegeln ein relativ breites Bild wieder.</p> <p>Die Resultate werden mit Zitaten der Teilnehmern untermauert.</p> <p>Die Ergebnisse tragen zu einem Wissensgewinn bei.</p>	<p>Die Ergebnisse werden diskutiert und in Kontext gesetzt. Auch werden Interpretationen gemacht, welche als logisch erscheinen.</p> <p>Auch werden die Interpretationen mit weiterer Literatur untermauert.</p> <p>Die Erwartungen der Teilnehmer an professionelle Pflege wird klar rapportiert. Sie zeigen auch die Hindernisse und Anforderungen an die Pflege auf und wo Verbesserungspotenzial besteht. Auch wird auf weitere Pflegekonzepte wie z.B Familienzentrierte Pflege hingewiesen, welche die Pflegequalität in Bezug auf transkulturelle Pflege verbessern können.</p> <p>Im Kapitel Schlussfolgerung werden die Ergebnisse nochmals zusammengefasst. Da bei werden einige konkrete Empfehlungen gemacht wie die Migranten besser integriert werden können und ihnen damit besseren Zugang zum Gesundheitssystem geschaffen werden kann. Auch wird nochmals hervorgehoben, dass die Angehörigen einbezogen werden sollen indem man auf eine</p>

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Brämberg, E. B., Nystöm, M. & Dahlberg, K Patient participation (2010): A qualitative study of immigrant women and their experiences .international journal of qualitative studies on health and wellbeing.

nicht in Norwegen.	<p>Aussagen führen kann. Die Autoren betonen wie wichtig ihnen war sensibel gegenüber semantischen und rhetorischen Aspekten zu sein welche in die Interviews einfließen. Sie legen Wert darauf die Aussagen ganz zu verstehen. Dazu wurden die Fragen auf verschiedenen Weisen ausgedrückt um das gegenseitige Verstehen zu fördern. Sie sagen es hätte sich trotz den Sprachhürden eine Vertrauensvolle Dynamik zwischen den Teilnehmern und den Interviewer ergeben.</p> <p>Sie erkennen, dass durch Interviews in der jeweiligen Muttersprache der Teilnehmer die Aussagen und somit die Daten tiefer und Aussagekräftiger hätten sein können.</p> <p>In der Einleitung wird beschrieben, dass die Pflegenden Aussagen dass die Patienten nur wenig Norwegisch sprechen. In der Studie werden aber vor allem Menschen befragt welche etwas Norwegisch sprechen. Die Resultate scheinen also nicht unbedingt übertragbar auf das aktuelle Klientel. Die Autoren erklären, dass sie dies aufgrund Vermeidung von Missverständnissen so gewählt haben</p> <p>Die sagen die Interviews wurden solange gemacht bis die Datensättigung erreicht worden sei. Was der grounded Theory entspricht. Auf den Fragenkatalog wird nicht eingegangen.</p> <p>Das methodische Vorgehen der Datensammlung und Analyse stimmt mit dem Forschungsdesign überein.</p> <p>Die angewandte Vergleichsmethode wird mit Corbin und Strauss zitiert.</p> <p>Der Prozess der Kodierung wird genau beschrieben.</p> <p>Während den Interviews wurden Memos und theoretische Notizen gemacht. Um die Validität zu erhöhen arbeiten die Forscher bei allen Schritten eng zusammen.</p>		<p>familienzentrierte Pflege fokussiert.</p> <p>Es wird darauf hingewiesen in welchem Bereich weitere Forschung nötig ist.</p>
--------------------	---	--	--

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Referenz: Brämberg, E. B., Nystöm, M. & Dahlberg, K Patient participation (2010): A qualitative study of immigrant women and their experiences .international journal of qualitative studies on health and wellbeing.

	<p>Ethisch fraglich ist die Tatsache, dass nur Menschen mit Migrationshintergrund ausgewählt wurden die etwas Norwegisch sprachen oder verstanden.</p> <p>Eine Bewilligung vom Ethikkomitee wurde eingeholt und die Studie gemäss dem ICN Kode für Pflegeforschung durchgeführt. Dabei wurde die Freiwilligkeit der Teilnahme, der Datenschutz sowie die Integrität der Teilnehmer berücksichtigt. Von allen Teilnehmern wurde eine mündliche und schriftliche Einverständniserklärung eingeholt.</p>		
--	---	--	--

Güte/ Evidenzlage:

Zusammenfassende Gesamteinschätzung:

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985):

Positives wird mit + und Negatives wird mit – gekennzeichnet

- Credibility (Glaubwürdigkeit): intere Validität, Suche nach Widersprüchen, Triangulation, Peer Debriefing
- Transferability (Übertragbarkeit) externe Validität, Praxisfähigkeit, Handfestigkeit, Verwendung von Zitaten
- Dependability (Zuverlässigkeit) Prozesse zuverlässig beschrieben, nachvollziehbar, Strategie
- Confirmability (Bestätigbarkeit) interen Stimmigkeit, Vergl mit anderen Studien

+ Alle Schritte des Forschungsprozesses nachvollziehbar aufgeführt.

+ Bewilligung einer Ethikkommission wurde eingeholt

- Übertragbarkeit der Daten ist in Frage gestellt da eine heterogene Teilnehmergruppe befragt wurden

+ Die Aussagen der Interviews wurden mit Zitaten untermauert

- Die Interviews wurden in einer Sprache durchgeführt die die Teilnehmer nicht fließend sprachen. Was zu Missverständnissen oder falschen Aussagen führen kann

-/+ Angehörige waren bei den Interviews zu übersetzen anwesend. Dies half dem besseren Verständnis der Fragen. Könnte aber auch die Antworten beeinflusst haben

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo (2009), da es sich um ein „single Studie“ handelt.